



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst
- kuratorers och psykiatrihandläggares olika erfarenheter och synsätt

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatuppsats
VT 2014
Författare: Diana Hellmér& Isabella Källstrand
Handledare: Ulla-Carin Hedin

Abstract

Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst – kuratorers och psykiatrihandläggares olika erfarenheter och synsätt

Diana Hellmér & Isabella Källstrand

Nyckelord: samverkan, kommunikation, kunskap, konsekvenser, makt

Vårt syfte med denna kandidatuppsats är att undersöka hur socialtjänsten och psykiatrin resonerar kring samverkan dem emellan. Vi har undersökt samarbetet mellan olika socialtjänstkontor i Göteborg och Psykiatri Sahlgrenska Psykosmottagningar, som innefattar både öppen och slutenvård, kring personer med psykiska funktionshinder/psykisk sjukdom som är i behov av stöd och insatser från båda huvudmännen. För att undersöka ovanstående formulerade vi tre frågeställningar som belyser vad psykiatrihandläggarna inom socialtjänsten kontra kuratorerna inom psykiatrin tycker är god respektive dålig samverkan, vad de anser att det finns för eventuella hinder/svårigheter i samverkan dem emellan samt vad det måste finnas för förutsättningar/möjligheter för en god samverkan dem emellan. Vi studerar även faktorer inom verksamheterna som påverkar och styr samverkan.

Det empiriska materialet bygger på enskilda kvalitativa intervjuer med tre kuratorer från psykiatrin och tre psykiatrihandläggare från socialtjänsten, där samtliga har erfarenhet av att arbeta med psykossjukdomar. Intervjupersonerna valdes utifrån ettmålinriktat urval. Syftet med intervjuer som tillvägagångssätt var att få en fördjupad bild, förståelse och kunskap kring personalens åsikter och tankar om samverkan.

Den insamlade empirin analyseras utifrån fem teorier; kommunikationsteorin, rollteorin, empowermentteorin, maktteorier, samt organisationsteorier. Resultaten i vår studie påvisar skillnader men även likheter i syn- och tankesätt mellan kuratorerna inom psykiatrin och psykiatrihandläggarna inom socialtjänsten, kuratorerna beskrivs ha en mer omhändertagande roll medan psykiatrihandläggarna fokuserar på delaktighet och självbestämmande. Både kuratorerna från psykiatrin och psykiatrihandläggarna från socialtjänsten påpekar faktorer som öppenhet, respekt, förståelse, engagemang samt flexibilitet som grunder för en god samverkan. En dålig samverkan anser de grundar sig bland annat i dåligt fungerande personliga relationer (där bland annat de ovan nämnda ingredienserna saknas) och begränsande organisatoriska ramar, regler samt andra organisatoriska begränsningar. Detta kan i sin tur leda till stora konsekvenser för patienterna i fråga då de kan hamna mellan stolarna eller bli försämrade i sin sjukdom.

Innehållsförteckning

1. Inledning och problemformulering	2
1.1. Bakgrund	2
1.2. Syfte och frågeställningar	5
1.3. Begrepp	6
1.4. Avgränsningar	6
2. Tidigare forskning	7
2.1. Omorganisering	7
2.2. Samverkansbegrepp	7
2.3. Riktlinjer/lagar/styrdokument	7
2.4. Mål	8
2.5. Handlingsutrymme	8
2.6. Ansvarsområden/professioner	8
3. Teorier	10
3.1. Kommunikationsteori	10
3.2. Rollteori	11
3.3. Empowermentteori	12
3.4. Maktteorier	12
3.4.1. Foucault	13
3.4.2. Bourdieu	13
3.5. Organisationsteorier	14
3.5.1. Hasenfeld	14
3.5.2. Lipsky	15
4. Metod och genomförande	16
4.1. Förförståelse	16
4.2. Val av intervjupersoner	16
4.3. Intervjuguide	17
4.4. Intervjuer	18
4.5. Inspelning och transkription	19
4.6. Etiska överväganden	20
4.7. Val av teorier	23
4.8. Analysmetod	23
4.9. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	24
5. Resultat av empirin	27
5.1. Gemensamma drag - Socialtjänsten och Psykiatrin	27
5.2. Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är god/ideal samverkan och vilka förutsättningar bygger den på?	29
5.2.1. Psykiatrin	29
5.2.2. Socialtjänsten	30
5.3. Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är dålig samverkan och vilka hinder/begränsningar skapas den av?	30
5.3.1. Psykiatrin	30
5.3.2. Socialtjänsten	32

5.4. Vilka faktorer inom de olika verksamheterna påverkar och styr samverkan och på vilket sätt?	34
5.4.1. <i>Psykiatrin</i>	34
5.4.2. <i>Socialtjänsten</i>	36
6. Analys	38
6.1. Bra samverkan	38
6.2. Dålig samverkan	39
6.3. Kommunikation och roller	39
6.4. Relationer och konflikter	43
6.5. Kunskap	44
6.6. Lagar, ramar och riktlinjer	45
6.7. Makt och handlingsutrymme	47
7. Avslutande diskussion	50
8. Referenslista	54
8.1. Böcker, avhandlingar och rapporter	54
8.2. Offentliga utredningar	57
8.3. Tidskrifter	58
9. Bilagor	60
9.1. Informationsbrev till socialtjänsten	60
9.2. Informationsbrev till psykiatrin	62
9.3. Samtyckesblankett	64
9.4. Intervjuguide	66

Förord

Den här kandidatuppsatsen är skriven vid Institutionen för socialt arbete på Göteborgs Universitet under höstterminen 2013. Det har varit både en spännande och hektisk process att skriva denna uppsats. Vi har båda två varit lika aktiva och hängivna i arbetsprocessen, och vi har som författare inte haft huvudansvar för olika delar av texten under arbetets gång, utan allting har gjorts gemensamt. Det finns ett flertal personer som har varit till stor hjälp för oss under vårt uppsatsskrivande och som har bidragit med mycket.

Vi vill inledningsvis framförallt tacka vår mycket kompetenta och stöttande handledare som har funnits här för oss under hela processens gång. Hennes goda råd, goda kommentarer och engagemang har varit till stor hjälp, och vi vill därför rikta ett stort tack för allt till Ulla-Carin Hedin.

Vi vill även ge ett stort tack till kuratorerna och psykiatrihandläggarna från socialtjänsten och psykiatri som har ställt upp på intervjuer och som så generöst delat med sig av sina erfarenheter. Utan er hade denna uppsats aldrig varit möjlig att genomföra. Era berättelser har varit vårt material att arbeta med och grundbulten för denna uppsats, och därmed är ert bidrag ovärderligt.

Vi vill även tacka Ulla Källstrand som vid ett flertal tillfällen har läst igenom och korrekturläst uppsatsen. Detta uppskattar vi mycket och är tacksamma över.

Utan er alla ovanstående hade det inte varit möjligt för oss att genomföra denna uppsats. Ni gav oss inspiration och motiverade oss till uppsatsskrivandet.

Diana Hellmér och Isabella Källstrand
Göteborg 2014-03-14

1. Inledning och problemformulering

1.1. Bakgrund

På 1990-talet skedde en stor socialpolitisk reform i Sverige kallad psykiatrireformen. Denna förtydligade och ökade kommunernas ansvar och skärpte socialtjänstens uppdrag att ge människor med psykiska funktionshinder möjlighet att leva som fullvärdiga samhällsmedborgare. Begrepp som integrering, normalisering, självbestämmande samt delaktighet skulle användas som ledord (SOU, 1992:73), och man ville undanröja utanförskapet som individer med psykiska funktionshinder hade varit drabbade av, och reformen byggde på en humanistisk inställning till människors lika värde. När reformen trädde i kraft bodde många individer med psykiska funktionshinder fortfarande kvar på de psykiatriska institutionerna. För de som hade flyttat ut i samhället fanns tydliga brister i den dagliga sysselsättningen och i boendeformerna. Bristerna kring boende- och sysselsättningsformerna berodde på att de inte var fullt utvecklade, och många av dessa individer blev isolerade i sina lägenheter. Det rådde en okunskap om psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder i de nya kommunala organisationerna. Under denna tid saknades även rutiner, eller så var de utarbetade rutinerna väldigt bristfälliga beträffande hur samverkan skulle fungera mellan kommun och landsting.

Personer med omfattande psykiska funktionshinder är en grupp som har svårt att själva söka stöd och hjälp som de behöver och har rätt till, och detta i sin tur ledde till att utredningarna och biståndsbesluten försvårades. I psykiatrireformen bestämdes att kommunens ansvar, som följer socialtjänstlagen, för dessa individer handlade om den sociala anpassningen till samhället där man skulle erbjuda olika boendeformer, boendestöd, daglig sysselsättning och en meningsfull fritid. Landstingets ansvarsområden, som istället följer hälso- och sjukvårdslagen, var å andra sidan att förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och detta i både öppen- och slutenvård (Conse et al, 2012).

Vi har bland annat med grund i ovanstående valt att utgå från målgruppen psykospatienter som vi anser är en stigmatiserad grupp i samhället vars röst behöver höras och situation behöver uppmärksammas. Det var för oss en självklarhet att utgå från psykospatienters situation då vi båda som författare har en förkunskap kring målgruppen samt att vi ansåg att denna grupp skulle kunna representera problematiken och besvara vårt syfte med uppsatsen.

Under årens lopp har det genomförts en rad reformer och förändringsarbeten i syfte att förbättra livsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder. Trots detta hör denna målgrupp till en av de mest utsatta och stigmatiserade i samhället, och det råder bristfällig kunskap kring deras livsvillkor och vardagsliv (Klamas, 2010). Under årens gång har man även försökt förändra synen på och arbetet med människor med psykiska funktionshinder, men de har fortfarande sämre levnadsvillkor än andra i samhället (Socialstyrelsen, 1999:1; Socialstyrelsen, 2010; SOU, 2006:100). Med goda levnadsförhållanden menas att personen ska kunna ha tillgång till sina egna resurser och möjligheter att självständigt kunna leva sitt liv inom områden som exempelvis arbete, fritid, ekonomi, hälsa och utbildning. Idag är personer med psykiska funktionshinder inte så delaktiga i

samhället som de borde vara, få arbetar eller har någon typ av sysselsättning. Dessutom deltar de sällan i diverse fritidsaktiviteter (Socialstyrelsen, 2003). Psykiska funktionshinder för med sig konsekvenser i vardagen. Denna målgrupp har en komplex problematik och kan få svårigheter i exempelvis familjelivet, arbete och sysselsättning samt på fritiden (Socialstyrelsen, 1998:4; SOU, 2001:56). Det skiljer sig även mycket åt inom målgruppen när det gäller deras levnadsvillkor på så sätt att det samhälleliga stöd de får är olika. Många av personerna med psykiska funktionshinder får inte tillräckligt med samhälleligt stöd eller så är det stöd som erbjuds inte anpassat efter personens individuella behov (Rosenberg, 2009).

Samverkan mellan kommun och landsting är i dagens samhälle ofta problematisk. Socialtjänsten utgår ifrån och är styrd av ramar och regler medan psykiatrins handlingsutrymme inte är lika begränsat och styrt. Socialtjänstens riktlinjer bygger på frivillighet och självbestämmanderätt. Detta är något som vi har sett kan bli problematiskt i förhållande till målgruppen psykospatienter då dessa bland annat lider av svåra kognitiva funktionsnedsättningar som kan försvåra för dem att fatta egna beslut kring sitt eget liv och varande. Ett gott samarbete mellan socialtjänst och psykiatri är en förutsättning för att patienterna ska få rätt stöd, vård och hjälp. En följd av icke fungerande samverkan kan leda till att en grupp som denna kan falla mellan stolarna vilket många gånger kan få förödande konsekvenser för individerna.

Psykos är ett tillstånd som framförallt utmärks av störningar i verklighetsuppfattningen. Kännetecknen för att en person lider av psykossjukdom är förändrade känslomässiga reaktioner, upptagenhet av den egna fantasi- och tankevärlden (varseblivningsstörningar), att man har dragit sig undan från familj och vänner, återkommande tankar om att man är förföljd, att man kan känna en oförklarlig extrem upprymdhet eller nedstämdhet, minskat intresse och förmåga att sköta kläder, hygien, mat, ekonomi och så vidare. De som lider av en psykossjukdom lider av en mängd symptom som man delar upp i negativa och positiva. Till de positiva symptomen hör hallucinationer och vanföreställningar, alltså att man hör eller uppfattar något som inte andra upplever. Negativa symptom kan exempelvis vara brist på initiativkraft, alltså att man saknar någon eller flera funktioner som andra människor i allmänhet har (Lundin & Mellgren, 2012). När man drabbas av en psykos blir följderna kognitiva störningar i de exekutiva funktionerna som innebär en oförmåga att bearbeta intryck och/eller planera sitt liv och sin vardag. Man saknar även förmåga att ta initiativ, får en bristfällig tidsuppfattning och planerings- och organisationsförmågan försvagas. Man får vidare svårt att värdera sitt beteende och motivera sig själv, fokusera och dela uppmärksamheten och man kan sakna det automatiska agerandet som för andra sker per automatik (såsom exempelvis processen vid tandborstning). Man får även svårigheter med det abstrakta tänkandet, minnesstörningar och störningar i kroppsuppfattningen och blir väldigt stresskänslig (Lundin & Möller, 2012).

Målgruppen psykospatienter har precis som alla andra människor i samhället rätt att kunna påverka sin livssituation. Nationellt försöker man utveckla samhällets insatser till dessa personer och man arbetar med frågor som att öka deras delaktighet och medborgarskap (SOU, 2006:100). En central vision är att målgruppen ska ha samma möjligheter till bostad, gemenskap, arbete och

delaktighet som alla andra i samhället. Med andra ord ska de ses som personer med samma rättigheter och skyldigheter som andra. Man talar även om ett ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering. För att öka brukarinflytandet fokuserar man mycket på att utbilda personalen kring deras bemötande av människor som lider av psykiska svårigheter, och på detta sätt hoppas man även kunna minska negativa värderingar och stigmatiseringen kring målgruppen (Klarnas, 2010).

Topor och Sundström (2007) beskriver begreppet återhämtning från psykiska störningar och sjukdomar. De menar att detta är en process där individen tar tillbaka makten i förhållande till sina symptom, behandling och insatser som erbjuds samt i förhållande till stigmatisering och fördomar från omgivningen. Återhämtning kan för många vara en livslång process. Det kan vara en utveckling av människors kapaciteter där individen använder sina erfarenheter av svårigheter och dess konsekvenser för att kunna leva ett meningsfullt liv trots begränsningar inom ett flertal områden (Davidson et al, 2001; Roe & Chopra, 2003; Topor, 2001). Att vara återhämtad behöver inte vara detsamma som att vara helt symptomfri, utan det handlar om att hantera sina svårigheter och få kontroll över sjukdomen och därmed förbundna hinder som kan uppstå (Ridgway, 2001; Spaniol et al, 2002). Rosenberg (2009) framhåller det faktum att den sociala kontext personen i fråga befinner sig i är en av de mest centrala faktorerna för individens återhämtning. Härmed är det viktigt att personen känner sig inkluderad i samhället och får rätt hjälp och stödinsatser, och dessa ska fungera som ett komplement till de resurser och förmågor individen själv besitter (Rosenberg, 2009). Personer med psykisk sjukdom är ofta beroende av andra människor och behöver därmed ofta stöd och omsorg från dessa (Topor, 2001). Professionella bör tänka på att bli mer jämställda med individen genom att inte bara se personen som en hjälpbehövande individ utan även se personens egna förmågor (Topor & Sundström, 2007).

Topor (2001) har undersökt olika faktorer som påverkar en individ med psykiska funktionshinders återhämtningsprocess. Att ha en egen drivkraft, styrka och diverse resurser är faktorer som påverkar denna process positivt och en faktor Topor framhåller som mest betydelsefull för återhämtningen är vikten av relationer till andra människor. Det är även viktigt att professionella försöker inge hopp och stabilitet som kan förmedla en känsla av säkerhet och acceptans för personen med psykiska funktionshinder. För att denna målgrupp ska kunna återhämta sig är det viktigt att de inte ses som passiva mottagare av stöd och personen ska inte ses som endast en person med psykiska svårigheter utan bör beaktas utifrån alla sina egenskaper (Topor, 2001).

Levinssons avhandling (2008) om autonomi för personer med psykisk sjukdom framhåller stödbehovet relaterat till självbestämmandet. Levinsson menar att det är viktigt att skilja på autonomi som kognitiv förmåga och som en rättighet. Om man bortser från autonomin som kapacitet och bara koncentrerar sig på personens rättigheter kan det bli väldigt problematiskt och individen får svårt att leva upp till kraven som ställs. Levinsson menar att många personer med psykisk sjukdom idag inte får det stöd de behöver för att klara sin livssituation eftersom professionella många gånger hänvisar till personens autonomi. Konsekvenserna av detta kan bli att individen i fråga lämnas ensam med sina hinder och

svårigheter. De höga kraven på autonomi och delaktighet kan härmed förhindra återhämtningen, och det är därmed viktigt att man tar hänsyn till individens upplevda behov och deras förmåga till självbestämmande och delaktighet (Levinsson, 2008).

De ärenden eller fall där samarbetet mellan psykiatrin och kommunens verksamheter för individer med psykiska funktionshinder fungerar väl grundar sig ofta i att man skapat en stark relation med varandra och att man arbetat med målgruppen under en längre tid och därmed är insatt i målgruppens problematik (Samverkansavtal, 2007).

Det finns mycket tidigare forskning kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Däremot anser vi att det finns för lite och större behov av ytterligare forskning kring samverkan dessa huvudmän emellan när det kommer till den mer personliga nivån. Vi hoppas kunna tillföra ny och spännande kunskap kring detta ämne. Vi vill därför undersöka hur de personliga berättelserna gestaltar och beskriver samverkan mellan dessa organisationer. Skiljer sig psykiatrihandläggarnas och kuratorernas åsikter åt? Finns det olika uppfattningar, synsätt och kanske "dolda" diskurser mellan de två organisationerna?

Enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen skall all kvalitet inom hälso- och sjukvården fortlöpande utvecklas och säkras. Det finns utarbetade rutiner för samarbetet kring och planeringen av vården för patienter i socialstyrelsens föreskrifter. Dessa rutiner ska uppfylla kvalitet och patientsäkerhet. Enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen skall kvaliteten i verksamheten inom socialtjänsten också fortlöpande utvecklas och säkras. Vid till exempel utskrivning av patienter skall landsting och kommun i samråd utarbeta rutiner för exempelvis vårdplanering. Dessa rutiner skall finnas dokumenterade och vara gemensamma för regionen. Uppgifter eller innehåll som behöver finnas med i rutinerna kan exempelvis vara att det utförligt ska beskrivas vilka som behöver kallas till en vårdplanering, vilka som ska justera vårdplanen samt hur den ska justeras. Vid vårdplaneringar beskriver socialstyrelsens föreskrifter att personal från berörda enheter (i detta fall psykiatri och socialtjänst) ska delta då dessa besitter den kompetens som behövs för att avgöra patienternas behov av insatser. Socialstyrelsen föreskriver även att berörda enheter skall visa respekt för den enskildes *integritet och värdighet* (Socialstyrelsen, 2013).

1.2. Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med studien är att undersöka hur psykiatrihandläggarna från socialtjänsten och kuratorerna från psykiatrin resonerar kring samverkan dem emellan.

Vi kommer att belysa samarbetet mellan olika socialtjänstkontor i Göteborg och Psykiatri Sahlgrenska's Psykosmottagningar, som innefattar både öppen och slutenvård, kring personer med psykiska funktionshinder/psykisk sjukdom som är i behov av stöd och insatser från båda huvudmännen. Vi vill undersöka vad som får samverkan att fungera bra kontra att fungera sämre. Vi kommer även belysa vilka förutsättningar och möjligheter det finns för att skapa en god samverkan samt hinder och begränsningar som råder vid en dålig samverkan. Vi vill även undersöka samverkan på en organisatorisk nivå då vi tror att verksamheternas

utformning påverkar samverkan i hög grad. Därmed vill vi studera de faktorer inom verksamheterna som påverkar och styr samverkan huvudmännen emellan.

- Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är god/ideal samverkan och vilka förutsättningar bygger den på?
- Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är dålig samverkan och vilka hinder/begränsningar skapas den av?
- Vilka faktorer inom de olika verksamheterna påverkar och styr samverkan och på vilket sätt?

1.3. Begrepp

Nedan kommer vi att förklara begrepp som är återkommande i vår uppsats. Dessa begreppsförklaringar utgår från hur vi har valt att tyda och använda dem.

- *Kurator* - personal som arbetar inom psykiatri
- *Psykiatrihandläggare* - personal som arbetar inom socialtjänsten
- *Psykiatri* - hela verksamheten med samtliga personal såsom läkare, psykologer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, kuratorer, specialpedagoger, enhetschefer och skötare med mera
- *Socialtjänst* - hela verksamheten med samtliga personal, socialsekreterare med olika inriktningar och ansvarsområden, boendestöd, enhetschefer med mera
- *Patient* - målgruppen psykospatienter. Vi har valt detta begrepp istället för *klient* dels för att göra texten mer lättläst, samt för att vi har haft psykiatri som ingångspunkt
- *Samverkan* - samverkan mellan organisationerna och verksamheterna
- *Samarbete* - samarbetet mellan de yrkesverksamma inom och mellan de olika organisationerna/verksamheterna

1.4. Avgränsningar

Samarbetet mellan organisationerna påverkas av sammanhanget och den kontext dessa befinner sig i. Därmed har vi valt att inte använda oss av internationell forskning inom området i någon större utsträckning då detta kan vara svårt att översätta till vår svenska kontext. Det blir även svårt att jämföra på detta sätt då vår studie lägger fokus på den personliga nivån där vi är intresserade av varje individs subjektiva berättelse här och nu, och vi har inte som syfte att jämföra dessa berättelser över nationsgränserna.

2. Tidigare forskning

Lindquist och Gärdegård (2009) har tidigare undersökt samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. Deras studie grundar sig i ett projekt om gemensamma vårdplaner för patienter med psykiska funktionshinder inom både socialtjänst och psykiatri. Författarna menade att det rådde oklarheter hos personalen kring hur man skulle arbeta med dessa gemensamma vårdplaner samt i vilken utsträckning vårdplanerna beaktade patienternas behov och perspektiv. Lindquist och Gärdegård uppmuntrar i sin text vidare forskning kring vad som kan generera samarbetssvårigheter mellan dessa organisationer, och att man forskar vidare om och ökar förståelsen kring detta. De menar att man genom en förståelse av det som inte fungerar kan råda bot på det som konstituerar samarbetssvårigheterna (Lindquist & Gärdegård, 2009).

Nedan kommer nu att presenteras ytterligare ett antal exempel på tidigare forskning gällande samverkan. Dessa har olika infallsvinklar, men gemensamt för alla är att de behandlar samverkan mellan socialtjänst och psykiatri.

2.1. Omorganisering

Under 1990-talet växte ett behov av samarbete mellan offentliga organisationer fram i Sverige. Detta på grund av att människor i samhället fick allt mer komplexa behov och välfärdssystemen behövde erbjuda mer holistiska (övergripande) tjänster (Huxham & Vangen, 2005). Under denna tid specialiserade och differentialiserade sig organisationerna vilket skapade behov av större samverkan. Dessa offentliga organisationer eftersträvade även mer självständighet vilket ledde till ytterliga skillnader mellan verksamheterna (Mallander, 1998). Under 1990-talet genomfördes olika samlarbetsprojekt där syftet har varit att komma förbi institutionernas olika gränser och skillnader som man ansett har försvårat möjligheterna att se människans behov (Miller & Ahmad, 2000).

2.2. Samverkansbegrepp

Forskningen har länge velat definiera vad samarbete är, men det har varit svårt att finna en fullständig och korrekt definition inom framförallt människobehandlande organisationer. Berggrens (1982) och Fridolfs (2001) definitioner av samarbete inom svensk forskning är de mest frekvent använda. De använder begrepp som samverkan och samarbete och definierar dessa olika men de bibehåller ett organisatoriskt och professionellt perspektiv på dem. Berggren beskriver samverkan som att verksamheten behåller sitt ansvarsområde när man diskuterar olika specifika ärenden (exempelvis patienten) och hur de olika verksamheterna ser på problemet. Nästa steg i samverkan är att arbetsuppgifterna måste fördelas mellan organisationerna, man måste ha ett gemensamt mål om vad man vill nå, och detta måste verksamheterna vara överens om (Berggren, 1982).

2.3. Riktlinjer/lagar/styrdokument

Människors problem kan vara mycket komplexa på så sätt att individen i fråga både kan ha sociala samt psykiatriska problem, och därmed behöver hjälp sökas från olika organisationer (Ödegård & Strype, 2009). Samarbetet inom och mellan dessa organisationer som arbetar med individens sammansatta problematik måste därmed fungera, och varje verksamhet måste ta ansvar för sitt ansvarsområde på

ett tydligt sätt. De olika organisationerna har olika syn på de ekonomiska och personella resurser som behövs för att hantera individens problematik (Hjortsjö, 2005). Riksdagen lagstiftar om och uppmuntrar ständigt ett gott samarbete, men det är trots detta svårt att få ett kvalitativt och väl fungerande samarbete (Farmakopoulou, 2002). Idag finns flera olika styrdokument om samarbete där ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting tydliggörs. Dessa ska ses som komplement till lagstiftningen och utredningarna om samarbete som finns. Trots de samarbetsprojekt som har funnits och finns och trots de ändringar som gjorts i socialtjänstlagen (SOL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) råder fortfarande stora oklarheter i hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården, exempelvis psykiatri, ska samarbeta. År 2004 granskade Socialstyrelsen det interorganisatoriska samarbetet mellan BUP och socialtjänst och där framkom hur svårt det är att skapa samarbete och hur patienterna lätt hamnar mellan organisationerna (Blomqvist, 2012). Detta fenomen om problematiken kring samverkan mellan organisationerna och konsekvenserna det skapar för individerna är något som vi som författare känner igen även för vår målgrupp, psykospatienter, och i deras många gånger väldigt komplexa problematik. Nedan kommer Blomqvists viktigaste resultat från avhandlingen att redovisas ytterligare.

2.4. Mål

Det föreligger svårigheter för personal inom olika organisationer att samarbeta rent praktiskt och att komma fram till gemensamma överenskommelser. Det kan råda svårigheter för personalen att kunna se målen med samarbetet, eller så är målen otydliga och därmed svårtolkade, vilket kan göra det svårt att få ner det till en praktisk, konkret nivå för de inblandade (Danermark, 2004). Dessa otydliga målsättningar i samarbetet gör det också svårt att kunna verkställa diverse övergripande beslut. När flera aktörer är inblandade, exempelvis professionella, anhöriga eller andra personer inom olika organisationer, finns det en risk att man har olika mål och därmed kan oenighet uppstå och upplevelsen av att samarbetet inte leder till det man önskar kan framkomma (Westrin, 1986). Danermark (2000) talar om personkemins betydelse i professionellt samarbete, och enligt honom måste det finnas förutsättningar för samarbete såsom tydliga mål samt överenskommelser om mål.

2.5. Handlingsutrymme

Organisationer styrs av ramlagar, därmed skapas ett organisatoriskt och professionellt handlingsutrymme. Utifrån handlingsutrymmet har organisationen och de professionella möjlighet att göra tolkningar av diverse mål och uppdrag. Inom exempelvis hälso- och sjukvård handlar det främst om att lindra och bota psykisk ohälsa och öka patienternas livskvalitet (Blomqvist, 2012) medan det inom socialtjänsten främst handlar om att ge rätt insatser och sociala förmåner i relation till patientens behov och önsknings (Thomassen, 2007).

2.6. Ansvarsområden/professioner

Camilla Blomqvists avhandling (2012) gällande samarbetet mellan BUP, socialtjänst, skola och familj beskriver hur de olika aktörerna inom varje sektor samt patienter och anhöriga efterfrågar en fungerande samverkan mellan dessa verksamheter. Enligt Blomqvist är det trots denna starka efterfrågan svårt att skapa ett samarbete där alla inblandade är nöjda. De bakomliggande faktorerna som Blomqvist framhåller som problem inom de komplexa samarbetsprocesserna

är att det handlar om professioner med delvis olika ansvar och uppdrag, samt att dessa uppdrag även sker mellan de professionella och patienterna samt anhöriga i fråga. Vidare beskriver hon som en bidragande faktor till problematiken att de professionella aktörerna arbetar i organisationer som styrs av olika lagstiftning samt att de har olika kunskapsbaser. Hon drar även slutsatsen att kuratorernas otydliga ansvarsområde kan påverka processen negativt då de andra professionerna kan få svårt att förstå vad som är deras ansvar och uppgifter (Blomqvist, 2012).

När olika organisationer ska samarbeta med varandra kan det råda skillnader i sekretessen inom de olika verksamheterna, och det är inte ovanligt att professionella hänvisar till sekretessen när någon inblandad aktör påpekar brist på information (Lacey, 2000). Samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård borde ge möjlighet för de inblandade att kunna utbyta den information som krävs för att patienten i fråga ska kunna få rätt vård och behandling (Clevesköld&Thunved, 2009). Ytterligare en faktor som kan försvåra samverkan mellan professionella är att deras värderingar och personliga åsikter kan skilja sig åt (Pettersson, 2009). Grape (2001) menar att olika organisationer som arbetar med samma målgrupp behöver vara tydliga med sina befogenheter gentemot varandra just för att ansvarsfördelningen och rollerna ska behållas tydliga.

Inom människobehandlande organisationer upplever många att det råder en omfattande arbetsbelastning, man har ständigt för mycket att göra, man hinner inte med sina arbetsuppgifter och det krävs ständiga prioriteringar. Detta kan leda till att samarbetet med andra verksamheter löper risk att inte komma i första hand. Oavsett faktorer som det ovan nämnda, exempelvis minskade resurser eller ansträngd ekonomi som kan förekomma, så måste organisationer alltid samarbeta. Velfärdsorganisationerna är uppdelade, exempelvis har socialtjänsten hand om sociala problem och psykiatrin hand om psykiska problem. Det är även viktigt att organisationerna är tydliga med vad de kan bidra med i samarbetet och hur långt deras insatser sträcker sig (Danermark & Kullberg, 1999).

3. Teorier

3.1. Kommunikationsteori

Kommunikationsteorin försöker beskriva komplexiteten i människors *samspel* och *mönster* i människors beteenden. Teorin handlar mycket om att försöka hålla en jämvikt i de olika systemen som råder där det handlar om *information* och *reaktioner* på *information* (Payne, 2008). Kommunikationsteorin enligt Nelsen (1980) handlar om att *reaktionen* att göra någonting väcks av att vi har tagit emot information om något. Denna information kan handla om fakta men även om sådant som lärs in, till exempel en bild av hur någon uppfattar oss. När vi får information gör vi en *informationsbearbetning* som innebär att vi tar in information som tolkas och därefter gör vi en bedömning av det intagna. När vi utvärderar denna information gör vi en återkoppling (*feedback*) till sändaren och då får vi också en uppfattning om huruvida vi har förstått och tolkat informationen på rätt sätt. Kommunikationsteorin beskriver även fenomenet *selektiv perception* som innebär att vi väljer det som vi anser är viktigt eller mindre viktigt (Nelsen, 1980). En del människor kan få problem med sin kommunikation då man kan uppfatta informationen på ett felaktigt sätt. Det kan även vara svårt för andra att förstå varför en person anser att en specifik del av informationen är relevant. Orsakerna till det ovan nämnda handlar om att man bedömer informationen fel eller att man har en otydlig återkoppling. Dessa problem skapar hinder för *informationsbearbetningen*, och detta leder även till svårigheter i relationer mellan människor (Payne, 2008).

Kommunikation kan vara *verbal*, och det innebär att återkopplingen sker genom att man talar med varandra. Det finns även *icke-verbal kommunikation*, som handlar om hur vi exempelvis använder kroppen för att kommunicera, och *metakommunikation* belyser relationen mellan människor. Kommunikation är något som sker ständigt, och även tystnad kan vara kommunikation som någon tolkar. All kommunikation bör bedömas utifrån kontexten eftersom kontexten påverkar beteenden i olika riktning. Kommunikation bildar i sin tur *mönster*, vilket innebär att människor vänjer sig vid olika sätt att kommunicera med varandra. Exempelvis använder sig professionella av specifika begrepp som gynnar just deras kommunikation. I all kommunikation finns ett *inhåll*, men i en *metakommunikation* kan *inhållet* förstärkas eller ändras beroende på relationen mellan parterna. *Kommunikationsmönster* beskriver olika former av makt, underordning och dominans och därmed kan kommunikationsteorin användas för att identifiera förtryck, orättvisa och ojämlikheter. Kommunikationsteorin handlar om kontrollen i relationerna (Payne, 2008).

Kommunikation bygger på en interaktion mellan människor och inom kommunikationsteorin skiljer man på *symmetrisk* och *komplementär* interaktion. En *symmetrisk* interaktion innebär att parternas handlingar och tankar är likartade och makten är i detta läge jämnt fördelad. Vid en *komplementär* interaktion (exempelvis en anställd och dennes arbetsgivare) kompletterar istället parternas handlingar och tankar varandra och maktfördelningen är i detta fall i obalans. Den som besitter mest makt i detta läge blir den som "styr" den andre. Dock kan den som inte har lika mycket makt också ses som delvis styrande då det är denna person som väljer hur den ska reagera på den mest styrandes maktutövning. Detta kallas för *metakomplementär interaktion* (Norrby, 2004).

All kommunikation innebär att man sänder ett *budskap* till en *mottagare* och förväntar sig få en *reaktion* på det. Responser man kan få kan exempelvis vara att någon accepterar, väljer ut delar av *innehållet* eller förkastar det. Därmed är det viktigt att tänka på hur man framförsitt *budskap*. *Kommunikationsmönster* finns också i sociala system, som grupper, och dessa innefattar olika *handlingsregler*. Detta innebär att om man är ny i en grupp måste man bli införstådd i de rådande *handlingsreglerna*, och dessa måste bli en del av ens egna beteende- och *kommunikationsmönster* (Payne, 2008).

För att undvika svårigheter eller konflikter i kommunikationer är det viktigt att man är uppmärksam på både *innehålls- och relationsnivån* i kommunikationen samt att man uppmärksammar både *verbala och icke-verbala budskap*. Ifall det föreligger otydligheter är det viktigt att klargöra kommunikationen (Payne, 2008).

Kommunikationsteorin är viktig inom socialt arbete då det handlar mycket om att lyssna på patienterna. Som professionell behöver man ständigt ta ställning till om information man får från exempelvis en patient är riktig, på så sätt att den speglar deras beteende och orsakerna till beteendet. Om dessa faktorer är motsägelsefulla kan de utgöra hinder för hur personen i fråga tolkar den nya informationen denne ska delges. Oftast befinner sig patienterna i fråga i en risksituation då de har hinder som mycket starka känslor, kanske lider av ekonomiska svårigheter och så vidare. Därför är det viktigt att kommunikationsteorin kompletteras av empowermentteorin då den handlar om hur man ska undanröja dessa hinder och istället få individerna att känna ansvar och *delaktighet* (Payne, 2008).

3.2. Rollteori

Rollteorin handlar om *samspelet* mellan människor och förväntningar kring deras sociala *positioner*. Detta kan, tillsammans med olika *kommunikationsmönster*, ge en förståelse av sociala relationer. Rollteorin menar att *roller* är ett sätt att presentera sig själv och kommunikationsteorin handlar om hur språket konstruerar mening i sociala situationer. Tillsammans förtydligar dessa teorier hur man kan förstå sitt eget och andras beteenden (Payne, 2008).

Samspelet med andra samt förväntningar och tolkningar styr enligt rollteorin hur man reagerar på en situation. Rollteorin menar att människor har olika *positioner* i olika sociala strukturer. Varje *position* innefattar en *roll* som innehåller förväntningar eller beteenden som hör ihop med de olika *positionerna*. *Roller* formar vår identitet genom att andra reagerar på oss utifrån dem, och även vår egen bild av oss själva påverkas av dessa *roller*. Som professionell handlar det om att man måste upprätthålla ett professionellt förhållningssätt som *rollen* kräver men som ibland kan skilja sig från ens personliga attityder och beteenden (Payne, 2008).

Goffman (1968) menar att människor behöver ha information om varandra i *sociala samspel*, och denna information införskaffar man utifrån hur andra beter sig. Vi kan påverka hur andra ska uppfatta oss genom att styra den information de får av oss. Vi agerar på en social *scen*, som kan vara främre eller bakre, för att skapa det intryck av oss själva som vi vill att andra ska få. Härmed kan man säga att *roller* handlar om en sorts teater där sociala förväntningar kopplas samman

med social status. I och med detta kan vi ikläda oss olika *roller* beroende på situation. De flesta *roller* innebär också att andra har vissa förutbestämda förväntningar på en (Payne, 2008).

3.3. Empowermentteori

Makt kan vara både befriande och förtryckande. Empowerment är en teori som ser *makt* som något positivt och inte som något förtryckande. Alla individer behöver ekonomiska och personliga resurser för att kunna inneha olika identiteter och roller. Empowerment handlar om att förbättra människors kompetens genom *hjälp tillsjälvhjälp*, ökad *makt* och därmed större ansvar. Empowerment ska försöka att hjälpa människor att få *makt* över beslut och handlingar som rör deras eget liv. För att få denna *makt* måste man försöka eliminera olika sociala och personliga hinder, ifrågasätta alla former av förtryck, och man ska försöka stärka sitt självförtroende och den egna individens förmåga att hantera *makten*. Individerna behöver få och ha kontroll över sina egna behov på så sätt att de ska få sina röster hörda gällande beslut som angår dem. Man ska även hjälpa individer att få en upplevelse av sig själva som handlande subjekt samt få andra att se dem på detta sätt (Payne, 2008).

Empowerment bygger på *egenkontroll* och personligt ansvar. Det handlar om att man ska bli medveten om och bygga vidare på individens kompetens och starka sidor som den har. Empowerment handlar om att man själv ska få uttrycka sina behov och andra ska hjälpa personen i fråga att få tillbaka sin livskraft, se sina förmågor och känna egenvärde. Individen ska bli styrande deltagare i sitt liv, istället för att bli en passiv mottagare av insatser och tjänster som den ges. Det är viktigt att myndigheter är öppna för begreppet *delaktighet* och att de främjar direkthet, lyhördhet och ömsesidighet för alla människors olika behov. I de fall där en person inte är kapabel att föra sin egen talan kan man använda sig av företräderskap (*advocacy*). Detta handlar om att man ska representera maktlösa personers intressen i relation till "mäktigare" grupper och strukturer. Målet med empowerment är att individen ska finna lösningar på sina egna problem och att den kunskap och färdighet som professionella besitter ska komma individer till nytta på så sätt att de själva ska få stöd att lösa sin egen situation. Målen handlar även om att de professionella och patienten i fråga ska ses som jämlika och att man ska se att de båda befinner sig i beroendeställning till varandra (Payne, 2008).

3.4. Maktteorier

Socialt arbete handlar också om kontroll och makt. Mötet mellan klienten och systemet (exempelvis en verksamhet) är ett möte mellan två väldigt ojämlika parter. Som exempelvis socialarbetare måste man förhålla sig till systemet och dess regler, resurser och ramar, men å andra sidan har man klienten att förhålla sig till som inte är införstådd i dessa. Härmed skapas ojämlikheter i relationen mellan parterna. Många socialarbetare har inte den makt och det inflytande som de borde ha, och därmed kan de inte alltid hjälpa sina klienter som de hade önskat. Statusen för socialarbetarens profession ses i allmänhet inte som lika hög som exempelvis en läkares profession, vilket leder till att läkarna får mer makt. Organisationer kontrollerar resurserna och därmed blir de professionellas maktutövning organisatoriskt förankrad (Järvinen, 2002). Vi kommer nedan att beskriva två maktteorier; Bourdieu och Foucault.

3.4.1 Foucault

Kunskap är en viktig kraft och används i olika relationer, exempelvis maktrelationer. Detta är något som Foucault (1972) beskriver. Han menar att vi använder *kunskap* för att få makt över andra, att *kunskap* är en representation av verkligheten, och att vi får makt över andra genom att få dem att acceptera vår representation och kunskapssyn (Payne, 2008).

Professionalisering kan ses som en typ av makt då man besitter en specifik *kunskap*. Som professionell tillhör man en yrkesgrupp som i många fall eftersträvar en professionell status där man har ansvar över vissa specialistområden gällande *kunskap* och praxis. Denna *kunskap* som man innehar som professionell ska fungera som ett hjälpmedel för personerna man hjälper, men ofta fungerar det också som ett sätt att förtrycka då man som utbildad personal kan få en dominant roll i relation till individen som befinner sig i *beroendeställning* (Payne, 2008). Makt är alltid närvarande i alla människobehandlande verksamheter. Den makt som professionella besitter genom sin expertis kan representera samhällets normer och värden, något som Foucault kallar för *legitimitetsmakt* (Blomqvist, 2012). *Personlig makt* handlar om att man försöker uppfylla individuella behov, medan *relationsmakt* innebär att man vill kunna påverka andra. Dessa två kan eventuellt skapa möjligheter att kunna påverka den generella maktfördelningen, den *politiska makten*. Färdigheter och egenskaper genererar i sin tur makt och ansvar (Payne, 2008).

De professionella kan även ha ett fackspråk och *kunskaper* som gör det svårt för individen och även andra professioner att förstå vad de talar om, vilket bidrar till ett övertag och makten blir ojämnt fördelad. Makten kan i detta fall dels kopplas till regler och lagar, men även interaktionen spelar en roll i detta sammanhang (Payne, 2008; Engelstad, 2006).

3.4.2 Bourdieu

Bourdieu menar att välfärdsstaten är sammansatt av olika *fält* som har sin egen logik. Inom *fälten* råder en kamp om positioner och kapital med både skrivna och oskrivna regler. Detta kan även utspela sig i relation till andra *fält*. Denna kamp är till viss del jämförbar, men inte helt, med förhållandena på andra *fält*. Alla *fält* kännetecknas av intressekonflikter, kamper och motsättningar. Bourdieu menar att varje *fält* har sin *doxa*, alltså sina egna regler, rutiner och föreställningar om vad som är rätt och fel, naturligt och onaturligt, normalt och onormalt. *Doxa* kan således vara professionellas självförståelse på *fältet*, deras uppfattningar om sina viktigaste funktioner och samarbetspartners, deras föreställningar om exempelvis klienterna eller deras förklaringsmodeller. En del uppfattningar kan vara så självklara att de inte alls diskuteras. Nykomlingar på ett *fält* behöver automatiskt underkasta sig *fältets* antaganden eller struktur som är själva definitionerna i *doxa*. *Fälten* har sina bestämda ritualer, där en viss utbildning, färdigheter och sociala relationer krävs och därmed måste nykomlingar omedelbart acceptera *fältets* bud. *Fält* skapar maktsystem, och *doxa* handlar om uppfattningar och handlingsmönster som ses som självklara. De problemtyper, ansvarsområden, arbetsmodeller och klientgrupper som råder är socialt konstruerade kategorier som har omformulerats gång på gång, och sedan bildat en *doxa* (Järvinen, 2002).

Mellan klienten och socialarbetaren råder en asymmetrisk relation och som professionell kan man hamna i kläm mellan klientens och myndighetens intressen. De professionella och verksamheten sätter gränser i *doxa*, och dessa kan utgöra ramar men även hinder för arbetet (Järvinen, 2002). Bourdieu menar att underlägsenhet hos en part i relation till en annan skapas främst av ett accepterande av de normer och värderingar som den överlägsna bestämt. Makten införlivas i en individs personlighet och är således inget direkt påtvingat (Engelstad, 2006).

3.5 Organisationsteorier

3.5.1 Hasenfeld

Människobehandlande organisationer arbetar med människor och kan bli begränsade som organisation genom statens bestämmelser såsom *lagar och regler* för hur de ska genomföra och tilldela andra människor sin service. Professionella står inför vissa svårigheter, exempelvis i bedömningar kring vilka individer som bör få vissa insatser. I dessa beslut behöver hänsyn tas till vilka resurser, exempelvis tid eller pengar, som finns och om dessa räcker för att tillgodose individens behov (Bolin, 2011).

Organisatoriska *regler* påverkar hur resultatet av förhandlingar mellan grupper med olika tillgångar och maktkontroller blir. Organisationer har krav på sig att uppnå vissa bestämda mål, men är samtidigt begränsade av diverse *lagar* som kan försvåra möjligheterna att uppnå målen. Institutionella *regler* blir inpräntade i de organisatoriska *ramarna* och tas därmed för givet inom verksamheterna (Bolin, 2011). Då de övergripande besluten för vad som ska gälla (*ramar och lagar*) beslutas på en högre nivå blir det svårt för tjänstemännen att påverka på lokal nivå i högre grad (Hasenfeld, 2010a; Hasenfeld, 2010b).

Olika professionella intressen, professionell status och legitimitet formar en kontext för hur samarbetet ter sig. Kommunikationen kan exempelvis styras av de professionellas intressen och genom hur de poängterar vissa typer av kunskap som just de besitter. Professionella och organisatoriska intressen styr hur samverkan utvecklar sig. I förhandlingar om hur beslut skall tas handlar det om ett samarbete mellan grupper med olika intressen och traditioner. I dagens samhälle finns många organisationer som har speciella uppgifter där grunden för arbetet är människorna som behöver hjälp, stöd och service. Hur dessa människor får hjälp, stöd och service beror på interaktionen mellan professionella (Bolin, 2011).

Människobehandlande organisationer förlitar sig inte bara på de ekonomiska resurserna utan även på ledarskap och kultur. För att kunna förändra och implementera exempelvis nya metoder krävs det att kulturen inom verksamheten är uppmuntrande, riskvillig och visionär. Denna typ av organisationer är känsliga för svängningar i samhället och inomorganisatoriska förändringar då organisationerna bygger på ett "moraliskt arbete" som styrs av normer och värderingar. Man har gått från en mer omhändertagande stil till att fokusera mer på det individuella ansvar som var och en ska ta (Hasenfeld, 2010a; Hasenfeld, 2010b).

3.5.2 Lipsky

Professionella interagerar direkt med människor som är i behov av hjälp. Samtidigt är de begränsade av *ramar, lagar och regler* i sitt utförande av arbetet. Alla professionella har olika perspektiv och professionella värderingar och dessa styrs också av statens krav på produktivitet och kostnadseffektivitet (Bolin, 2011).

Handlingsutrymmet återger en persons förståelse och beslutsfattande i en viss kontext där samverkan äger rum. Dettapåverkasav strukturella restriktioner, såsom politik, riktlinjer och lagstiftning. Lipsky talar om problematiken som professionella står inför när det gäller att följa denna policy som påverkar handlingsutrymmet samtidigt som resurserna är begränsade (Bolin, 2011). Handlingsutrymme förekommer inom organisationer som består av en komplex och mångsidig miljö som påverkar möjligheterna för självständiga bedömningar och tolkningar (Lipsky, 2010).

Lipsky (2010) talar om att professionella inför olika typer av *regler* för att kunna hantera sina uppdrag. Dessa *regler* påverkar även patienternas benägenhet att söka hjälp, samt att *reglerna* bidrar till att sortera ut de patienter som är mest mottagliga för hjälp. För att exemplifiera kan det handla om att organisationen i fråga tar över den andra myndighetens bedömning av klienten för att bland annat minska sin egen arbetsbörda, alternativt att man överför patienten till någon annan organisation. Lipsky (2010) menar att det även finns professionella som tydligt föredrar vissa patienter före andra och att detta baseras på hur mottagliga patienterna är för förändring samt hur lättsamma de är att arbeta med.

4. Metod och genomförande

Vår kandidatuppsats är av kvalitativ art och har en mer öppen och tolkningsbar karaktär än vad vi anser att en kvantitativ studie hade gett. Vår kvalitativa studie är induktiv på så sätt att den låter empirin, materialet, styra valet av teorier (Bryman, 2012).

Vi har under hela processens gång haft syftet och frågeställningarna i fokus genom att återvända till dessa och se till att vi inte rör oss i fel riktning. Vi har även vid ett flertal tillfällen behövt gå igenom syfte och frågeställningar och förändra dessa då empirin vi fått fram vid undersökningen har dragit i annorlunda riktningar än vi från början förutsatt.

Nedan kommer vi att presentera de olika delarna av processen i kronologisk ordningsföljd.

4.1. Förförståelse

En av författarna har tidigare erfarenhet från fältet och har arbetat som kurator inom psykiatri psykos. Hon har där deltagit i ett flertal samverkansmöten där personal från socialtjänst, hemsjukvård, hemtjänst, somatik och psykiatri har träffats för att diskutera hur deras samarbete ska se ut och kunna förbättras. Under dessa möten har hon upplevt att organisationerna har haft svårt att komma överens och förstå varandra, samt att man ofta förflyttar ansvaret från sig själv till någon annan. Hon har även medverkat och hållit i vårdplaneringar där samverkan i många fall fungerat bra, och i en del fall mindre bra.

Den andra författaren har tidigare praktiserat inom en intresseorganisation där många av medlemmarna har erfarenhet av psykossjukdomar. Många av dessa personer har berättat om sina erfarenheter och upplevelser av samverkan mellan socialtjänsten och psykiatri, och många beskriver att det finns stora problem med denna, eller snarare att det råder brist på samverkan mellan organisationerna. Många har dessutom beskrivit att de upplevt en brist i förståelse, främst i kontakten med socialtjänsten.

4.2. Val av intervjupersoner

Vi har genomfört sammanlagt sex intervjuer med tre kuratorer inom psykiatri psykos (öppen- och slutenvårdsavdelning), och tre psykiatrihandläggare på olika socialtjänstkontor i Göteborg. Samtliga intervjupersoner valdes utifrån ett målinriktat urval där vi som författare valde intervjupersoner som vi ansåg vara relevanta för att kunna besvara våra frågeställningar. Samtliga intervjupersoner var yrkesverksamma kvinnor (då inga män fanns tillgängliga), hade flera års erfarenhet av målgruppen psykospatienter liksom samverkan mellan olika verksamheter. Om vi istället hade valt att använda oss av ett sannolikhetsurval hade man i större mån kunnat generalisera resultaten till en större population. Vi hade exempelvis kunnat lämna ut intresseanmälningssblanketter vid möten där många kuratorer från psykiatri psykos är samlade och låtit de själva söka sig till undersökningen, och samma procedur vid exempelvis ett teammöte på ett socialkontor där hela enheten är samlad. Detta hade dock inte hunnits med inom

den tidsram vi har och det hade funnits en risk att för många hade anmält intresse och vi ändå inte hade kunnat ta med alla aspiranter (Bryman, 2012).

Utifrån våra egna erfarenheter av målgruppen psykospatienter anser vi att det hade varit svårt att genomföra intervjuer angående samverkan vid exempelvis vårdplaneringar med dessa individer då deras psykiska funktionshinder kan försvåra deras kognitiva förmågor. Denna målgrupp kan exempelvis ha svårt att se samband och kunna ta avgörande beslut samt förstå följden av dessa. Vi är medvetna om att patienternas perspektiv hade tillfört ytterligare en dimension till vår studie, men vi har inte som syfte att undersöka detta vidare.

Då en av oss författare har tidigare erfarenhet av och befintliga kontakter inom psykiatri valde vi att använda detta som ingång för att finna och få kontakt med intervjupersoner där. Detta tillvägagångssätt ansåg vi var det mest gynnsamma då det var tidseffektivt. Vi tog kontakt med kuratorerna via telefon och kunde en vecka efter samtalen påbörja intervjuerna. Upplägget och innehållet i val av intervjupersoner från socialtjänsten byggde på psykiatriens kontakter med socialtjänsten. Vi ville kunna finna mönster, variationer, fördjupningar och även vidga perspektiven kring samverkan mellan kuratorerna och deras respektive samarbetspartners. Efter de tre första intervjuerna med kuratorerna inom psykiatri tog vi sedan kontakt med de tre psykiatrihandläggarna på olika socialtjänstkontor inom Göteborg och dessa intervjuer bokades in och påbörjades nästföljande vecka. Ca fyra dagar innan intervjutillfällena skickade vi ut informationsbrev till samtliga intervjupersoner för att de skulle få möjlighet till god information gällande studien och ha tid att fundera kring ämnet. Samtyckesblanketter lämnades till samtliga intervjupersoner i samband med intervjuerna.

4.3. Intervjuguide

Vid intervjutillfället använde vi oss av en intervjuguide som hade en öppen karaktär med främst öppna frågor med följdfrågor för att generera fördjupade svar. Frågeställningarna låg till grund för våra frågor i intervjuguiden och frågorna utformades för att kunna besvara dessa tre. Intervjuguiden fungerade som en mall som vi kunde röra oss relativt fritt inom, och vi kunde exempelvis avvika från frågornas ordningsföljd. Vi lät även intervjupersonerna fritt få röra sig i olika riktningar för att kunna se vad just de anser är av betydelse (Bryman, 2012).

Vi lät den första intervjun agera pilotintervju för att försäkra oss om att frågorna fungerade, tolkades rätt och gav det djup i intervjun som vi eftersökte (Kvale, 2009). Pilotintervjun hölls med en kurator inom psykiatri och vi fann att intervjuguiden fungerade. Intervjupersonen verkade förstå frågorna, den röda tråden genom guiden kunde följas på ett tillfredsställande sätt och tidsramen kunde hållas med tid för pauser, eftertanke och följdfrågor/fördjupningsfrågor. Vid slutet av intervjun fick intervjupersonen tillfälle att komplettera om denne kände att något inte blev sagt. Personen i fråga hade inget behov av komplettering, vilket leder oss till slutsatsen att frågorna var någorlunda uttömmande. Trots att en del av följdfrågorna och fördjupningsfrågorna vi ställde var av känsligare karaktär blev alla frågor besvarade.

Vår intervjuguide bestod av olika typer av frågor, bland annat inledande frågor och uppföljningsfrågor för att intervjupersonerna skulle utveckla sina svar. Vi använde oss även av sonderingsfrågor där vi följde upp och bad intervjupersonerna fördjupa och specificera sina svar. Då vi var intresserade av både positiva och negativa erfarenheter och faktorer kring samverkan var det av stor vikt att vi ställde denna typ av följdfrågor för att få fram sådananyanser (Kvale, 2009; Bryman, 2012).

Frågorna var indelade under olika teman för att strukturera upp intervjun och göra den begriplig samt lätt att tolka. Vi presenterade varje tema och följde sedan upp det med tillhörande frågor. Detta förenklade för både intervjupersonerna och oss som intervjuare genom att skapa en röd tråd att följa genom hela intervjun. Vi var försiktiga med vårt användande av preciserande och direkta frågor eftersom sådana kan påverka eller styra personen i någon riktning (Bryman, 2012; Kvale, 2009). Överlag höll sig intervjupersonerna till ämnet, och därmed hölls även tidsramen. Vi ansåg att intervjupersonernas svar på frågorna var relevanta och inspirerande. Vi använde oss av samma intervjuguide på båda verksamheterna men anpassade guiden beroende på vilken verksamhet vi var på och bytte ut ord som socialtjänst mot psykiatri och vice versa.

4.4. Intervjuer

Vi har valt att använda oss av kvalitativa intervjuer för att skapa en förståelse av världen urdenintervjuades synvinkel och utforska dennes erfarenheter (Holme & Solvang, 1991). Våra intervjuer är av en känsligare art, exempelvis ombads intervjupersonerna peka ut samarbetspartners som var bra respektive dåliga samt ta upp och beskriva patientärenden som varit problematiska. Denna intervjustruktur användes för att få djupare kunskaper som vi hoppas ska kunna förbättra både de professionellas och målgruppens situation (Kvale, 2009). Vi har angett forskningsområde, men intervjupersonerna har fått välja uttryck, ord, associationer och ämnen relativt fritt utifrån frågorna.

För att besvara våra frågeställningar har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer som skapar flexibilitet och ger intervjupersonerna utrymme att själva berätta det de anser vara det viktiga. Vi vill försöka förstå undersökningspersonernas synvinkel, undersöka vilka teman de anser vara av betydelse och förstå meningen ur deras erfarenheter och perspektiv. Som intervjuare uppmuntrade vi intervjupersonerna att så exakt som möjligt beskriva vad personen upplevt, känt och agerat för att få nyanserade och utförliga beskrivningar. Vi sökte efter intervjupersonernas syn på mönster och beteenden som både skildes åt och var likartade, både inom och mellan intervjugrupperna. Vid valet av tillvägagångssätt har vi beaktat att genomförande av intervjuer, transkribering och analys av utskrifterna är tidsödande (Bryman, 2012; Kvale, 2009).

Intervjuerna tog ca 60 minuter och hölls på intervjupersonernas kontor eller i samtalsrum på deras respektive arbetsplatser som de själva valde. Vi var dock noga med att platsen skulle vara fri från störningsmoment samt att ingen annan skulle kunna höra vad som sades. Vi som intervjuare försökte skapa en miljö där intervjupersonerna kände sig fria och trygga i att dela med sig av sina privata

erfarenheter, tankar och åsikter då dessa registreras för offentligt bruk, om än anonymt (Kvale, 2009).

Under intervjuerna försökte vi visa intresse och vara lyhörda för det intervjupersonen sa, och eventuellt *inte* sa, vara aktivt lyssnande och öppna (Bryman, 2012). Vi gav intervjupersonerna god tid på sig att utforma sina svar, var öppna för nya fenomen och berättelser och vi försökte att inte komma med färdiga kategorier eller tolkningar (förhålla oss *medvetet naiva*) (Kvale, 2009). Under intervjuerna förekom det sällan att intervjupersonerna bad oss att klargöra eller förtydliga frågorna. Vi tror att vi som intervjuare undvek osäkerhet och oförståelse kring frågorna genom att vi använde oss av förtydliganden eller små följdfrågor (Bryman, 2012).

Om vi hade haft mer tid och utrymme anser vi att det hade varit ett intressant komplement till våra intervjuer att genomföra observationer för att undersöka beteenden, attityder och förhållningssätt vid exempelvis vårdplaneringar där socialtjänsten och psykiatrien måste samarbeta.

4.5. Inspelning och transkription

Alla intervjupersoner godkände samtyckesblanketten vilket bland annat innebar att samtliga intervjuer spelades in för att sedan transkriberas. Vi skrev själva ut samtliga intervjuer som spelades in och transkriberade successivt under datainsamlingen, och redan under denna process startade analysen av empirin. Genom inspelning och transkribering kunde vi urskilja och kontrollera våra omedvetna tolkningar som eventuellt uppkom under intervjutillfällena, samt att vi fick möjlighet att gå igenom materialet upprepade gånger. Vi kunde därmed fokusera mer på intervjupersonerna, själva intervjuandet och att ställa mer följdfrågor då vi inte behövde föra anteckningar. Transkriberandet ökade även vår kunskap om oss själva i intervjusituationen och gav oss erfarenheter som gjorde att vi kunde justera och eventuellt förbättra vår intervjuteknik till nästa intervjutillfälle. Utskrifterna av intervjuerna gjordes så ordagrant som möjligt (med reservation för enstaka hummanden och dylikt) för att få en så verklighetstrogen översättning av intervjun som möjligt och inte tappa individen och sammanhanget. Detta gjordes också för att vi skulle kunna citera direkt ur transkriberingen. För att transkriberingsprocessen skulle bli så effektiv som möjligt valde vi att inte skriva in exempelvis pausernas exakta längd, utan gick istället tillbaka till ljudinsamlingen ifall vi ville veta mer exakt hur ett stycke lät i efterhand.

En av våra sex intervjupersoner sökte upp oss när vi befann oss på dennes arbetsplats för att intervjua en annan person, och intervjupersonen i fråga ville göra ett tillägg som var av betydelse för henne. Intervjupersonen fick därmed vidareutveckla en av intervjufrågorna som handlar om vad hon tycker om mest med sina arbetsuppgifter, och detta lades till i utskriften av materialet. Förutom ovanstående tillägg har ingen av intervjupersonerna kontaktat oss i efterhand med frågor eller tillägg. Ingen av våra intervjupersoner hoppade heller av eller vägrade att besvara någon fråga. Samtliga intervjupersoner är intresserade av vår uppsats när den är färdig och vi har meddelat dem att den kommer skickas till dem per mail.

4.6. Etiska överväganden

Vi har tagit hänsyn till de forskningsetiska frågorna som undersökningen medför, då studien omfattar vissa känsliga frågor. Forskningens viktigaste etiska principer består av fyra krav; öppenhetskravet: informera om studien, samt inhämta samtycke från de som berörs, självbestämmandekravet: de som medverkar ska själva ha rätt att bestämma om, hur länge och på vilka villkor de ska medverka, konfidentialitetskravet: de medverkande ska tillförsäkras största möjliga anonymitet samt autonomikravet: insamlat material om enskilda personer får endast användas till forskningen (Bryman, 2012).

Vi har beaktat vår roll som författare av studien, och frågor som rör relationen mellan oss och intervjupersonerna i studien. Som författare har vi mycket ansvar och makt och vi styr hur denna makt ska fördelas eller ta sig uttryck. Därför har vi under hela processens gång diskuterat och reflekterat kring etiska aspekter, och uppmärksammat vilka konsekvenser våra val och beslut kan generera (Bryman, 2012).

Innan intervjutillfällena skickade vi ut informationsbrev samt samtyckesblanketter till intervjupersonerna för att exempelvis informera om undersökningens syfte och studiens uppbyggnad. Intervjupersonerna fick genom informationsbrevet information om att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun eller undvika att svara på en specifik fråga om de önskade utan vidare motivering. Ovanstående är en del av *informationskravet* vi som författare har gentemot intervjupersonerna. Vi påtalade även för intervjupersonerna att deras medverkan i undersökningen är av stor betydelse och vi informerade om både riskerna och fördelarna med att delta (Vetenskapsrådet, 2002).

Samtyckesblanketten gavs ut i två exemplar, ett till oss och ett till intervjupersonen, vilka båda skrevs under. Informerat samtycke kan ses som ett kontrakt mellan oss författare och intervjupersonen som ska visa på att denne fått information om undersökningen, accepterat denna information samt gett sitt samtycke för deltagandet. I och med att vår studie bygger på intervjupersonernas erfarenheter är samtyckesfrågorna ett måste. Vi som författare har därmed något att hänvisa till om någon av deltagarna skulle ha några invändningar eller någon kritik (Homan, 1992). *Samtyckeskravet* innebär att deltagarna själva bestämmer över sin medverkan i studien, och att vi som författare måste behandla alla i undersökningen med största möjliga konfidentialitet. I både informationsbrevet och samtyckesblanketten berör vi etiska frågor såsom frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet. Vi har enligt *nyttjandekravet* avidentifierat personuppgifter vid transkriberingen och materialet har endast använts för vår undersökning, obehöriga kunde ej ta del av det och efter användandet raderades uskrifterna. Vi har under hela studiens gång låtit intervjupersonerna få ta del av syftet med studien, frågeställningarna samt upplägget, och vi har redogjort för att Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet står som ansvarig (Bryman, 2012; Vetenskapsrådet, 2002).

Då intervjupersonerna besitter den kunskap vi söker kan detta leda till att de känner sig efterfrågade och betydelsefulla, och de kan bli stärkta av möjligheten att få berätta något som andra finner intressant och viktigt. Många av intervjupersonerna ställde upp i studien i hopp om att faktiskt kunna bidra med

något och arbeta för en bättre samverkan kring psykospatienter. Vi hoppas att denna studie ska kunna bidra med något även i större sammanhang då andra kanske upplever ämnet på samma sätt, och finner studien relevant även i deras verksamheter. Vi har härmed beaktat nyttan med studien och vägt detta mot riskerna som nämnts, och i slutändan menar vi att nyttan överväger riskerna (Bryman, 2012).

Den ovan nämnda informationen om undersökningen lämnades både skriftligt och muntligt. Vid intervjutillfällena gav vi intervjupersonerna möjlighet att ställa frågor om undersökningen och sitt deltagande. I inledningen av intervjun informerade vi igen om att deras deltagande är frivilligt, deras rätt att avbryta sitt deltagande helt eller undvika specifika frågor samt att de styr över sina svar och själva väljer hur djupgående de vill vara. Vid tillfällena när intervjupersonerna frågat något om vår studie och processens gång har vi varit öppna och svarat på dessa frågor, dock med anonymiteten och konfidentialiteten i åtanke. Efter samtliga intervjuer stämde vi av med intervjupersonen hur denne hade upplevt intervjun och ifall det fanns något de ville lägga till eller ta bort. Vår totala uppfattning av intervjusituationerna var att personerna kände sig bekväma i relation till oss, och vi uppfattade att de kunde vara öppna och ärliga i sina svar då vi som författare visade ett tydligt intresse för området.

Vi har valt att inte nämna de specifika verksamheterna som studerats för att tillförsäkra anonymitet och integritet för intervjupersonerna i studien. Vi ansåg detta vara en förutsättning för att intervjupersonerna skulle våga berätta om sina personliga erfarenheter, sina synsätt och värderingar, då detta kan vara ett känsligt ämne, eftersom det berör relationen mellan två verksamheter som är betydelsefulla för varandra samt målgruppen. Vi har beaktat de etiska aspekterna av att ställa upp i undersökningen och vad deltagandet kan medföra för eventuella risker och följder. Då psykiatrihandläggarna och kuratorerna arbetar inom stora verksamheter blir det ytterst svårt att härleda vilken plats de arbetar på samt vilka de är. En aspekt av anonymiteten vi har diskuterat och reflekterat över är att några av intervjupersonerna har befunnit sig på samma arbetsplats och att det därmed fanns risk för att de skulle kunna prata och diskutera med varandra kring deltagarna, undersökningen i sig eller frågorna. Av detta skäl kan vi inte utlova anonymiteten helt mellan dessa personer. Personerna arbetar nära varandra och för en god samverkan, och samtliga har uppgett att de inte har något emot att delta trots att deras kollegor är medvetna om det.

Vi är medvetna om den maktasymmetri som råder i kvalitativa intervjusituationer då vi som intervjuare styr intervjuprocessen. Intervjupersonerna däremot sitter på erfarenheterna och berättelserna som vår studie bygger på och är därför avgörande för undersökningen. Det är av yttersta vikt att skapa en god relation och miljö att bemöta dessa personer i. Den intervjuform vi har använt oss av förutsätter en närhet till intervjupersonerna och därmed har det varit viktigt för oss att skapa en tillitsfull relation på den korta tid vi haft. Vi såg denna närhet som en styrka i vår studie, och inte som en begränsning som exempelvis kan medföra att man tappar sin professionella roll. I och med detta valde vi att låta en av oss författare som har arbetat inom och har erfarenhet av psykiatri hålla i intervjuerna som hölls på socialtjänsten, medan den andre, som inte arbetat inom psykiatri, höll i intervjuerna på denna plats. Vi valde även att göra på detta sätt då en stor

erfarenhet kan bära med sig risken att man missar saker som någon annan uppfattar då man har med sig mycket förförståelse som kan göra en "hemmablind". Samtidigt kan man hävda att denna förförståelse kan hjälpa att förstå saker på ett djupare plan, men vi ansåg att fördelarna att dela upp det på detta sätt var övervägande (Kvale, 2009; Bryman, 2012).

Vi är medvetna om att det vi vill undersöka, vårt ämne, ligger på en personlig nivå och att intervjupersonernas berättelser, värderingar, åsikter ligger till grund för hela studien. Vi har beaktat konsekvenserna av att en del av följdfrågorna samt fördjupningsfrågorna i intervjuguiden är av känsligare karaktär och kan upplevas som svåra eller jobbiga att besvara. Intervjupersonerna kan hysa en oro över vad deras svar kan ge för konsekvenser eller ångra något de sagt, och i och med detta finns det krav på oss som författare att resultaten vi får fram måste vara korrekta och så representativa som möjligt för intervjupersonernas berättelser samt ämnet.

En fråga i intervjuguiden som särskilt en person reagerade på och tyckte var jobbig att besvara var medvilken samarbetspartner som personen upplevde att samverkan fungerade bäst respektive sämst med. Denna intervjuperson upplevde att "bäst och sämst" var två starka begrepp och hon valde istället att försiktigt rangordna sina samarbetspartners samt snabbt förklara anledningen till sitt val. Trots att intervjupersonen var medveten om sin anonymitet kände författaren som intervjuade att personen blev osäker och rädd för att informationen ändå skulle kunna spåras till henne. Därför informerade intervjuaren ytterligare en gång i slutet av intervjun om möjligheten att ta tillbaka något som sagts samt att anonymiteten skulle vara total. Detta för att intervjupersonen skulle känna sig lugn och bekväm med sitt deltagande och det hon berättat, vilket intervjuaren märkte att hon blev.

För att hålla intervjupersonerna så anonyma som möjligt har vi utelämnat deras namn. Vi har även i vissa fall utelämnat en del specifika delar i situationer/fall som intervjupersonerna har exemplifierat för att dessa inte ska kunna härledas. Ingen av intervjupersonerna ångrade i efterhand någon del av det de berättat under intervjun, och därmed transkriberades materialet i sin helhet. I vår resultatdel framför vi utifrån teman och olika citat vad intervjupersonerna tycker, tänker och känner. Vi har beaktat det faktum att det kanske kan vara så att intervjupersonerna kan spåra varandra genom citaten då de känner varandra och i vissa fall arbetat länge tillsammans och härmed är vi medvetna om att anonymiteten och konfidentialiteten återigen inte kan utlovas till fullo (Bryman, 2012).

Vid analysen av utskrifterna har vi tolkat materialet som vi samlat in. Dessa tolkningar görs utifrån våra intressen, erfarenheter, kunskaper, förväntningar och fördomar. Med andra ord väljer vi ut och uppmärksammar delar av berättelserna som intervjupersonerna berättar och som vi finner intressanta. Vi är medvetna om att dessa delar och vår förståelse av dessa kanske inte alltid stämmer överens med det intervjupersonen har menat och att vi exempelvis kan ha förlorat delar av berättelser på vägen (Bryman, 2012). Vi som författare har dock rätten att tolka utifrån våra egna reflektioner och teori, men våra förhoppningar är att vi har tolkat berättelserna så som intervjupersonerna har menat.

4.7. Val av teorier

Första och andra frågeställningen har vi valt att besvara utifrån kommunikations- och rollteorin samt andra frågeställningen även utifrån empowermentteorin. Kommunikationsteorin valde vi då vi ville analysera relationerna och kommunikationen mellan samarbetsparterna inom psykiatrin och socialtjänsten. Denna teori framhåller bland annat begrepp som *informationsbearbetning* som belyser hur vi som människor tar in information, tolkar den och bedömer den utifrån vår egen person. Detta begrepp kan hjälpa oss att förstå hur kommunikationen vid både en bra och dålig samverkan ser ut och fungerar. Inom kommunikationsteorin berörs även begrepp som *budskap* och *reaktion*. Detta är något som rör vår frågeställning då detta är en av grundpelarna i en kommunikation.

Rollteorin, som vi också valt att besvara de två första frågeställningarna utifrån, belyser hur människor tar sig an olika *roller* beroende på vilken situation och *social struktur* man befinner sig i. Personalen vi har intervjuat innehar diverse *roller* som det finns förväntningar kopplade till utifrån deras profession och kunskap.

För att analysera hur patienterna påverkas av en dåligt fungerande samverkan har vi valt empowermentteorin. Med ökad *makt* kommer även ett ökat ansvar, och detta analyserar vi utifrån personalens handlingsutrymme. Personalens arbetsuppgifter består till stor del av att ge psykospatienter en röst i samhället och att företräda deras intressen (*advocacy*). Arbetsuppgiften blir att få patienterna att i så stor utsträckning som möjligt känna *delaktighet*, *egenkontroll* och ansvar över sitt eget liv.

Den sista frågeställningen analyseras utifrån Foucaults och Bourdieus maktteorier. Med hjälp av Foucaults maktteori analyserar vi intervjupersonernas syn på vikten av *kunskap* och *professionalisering* för en god samverkan. Utifrån hans teori analyseras även *maktbalansen* mellan tjänstemannanivån och chefsnivån samt förhållandet mellan tjänstemännen och *lagar, regler och riktlinjer* som behöver följas (*beroendeställning*). Bourdieu talar om olika *fälts* betydelse inom socialt arbete där *doxa*, alltså exempelvis föreställningar och synsätt, påverkar de olika verksamheterna. Detta har vi använt oss av för att kunna analysera verksamheternas och de professionellas synsätt och så vidare.

I vår sista frågeställning använder vi oss även av organisationsteorier, och då främst Hasenfeld och Lipskys. Dessa behandlar hur *riktlinjer, lagar och regler* påverkar samt styr verksamheterna och hur de professionellas roll påverkas av detta. Teorierna beskriver även hur professionellas *handlingsutrymme* påverkas av olika faktorer inom och utom verksamheterna.

4.8. Analysmetod

Vi har utgått ifrån intervjupersonernas åsikter och uppfattningar och har haft som mål att "se världen utifrån deras ögon" och låta deras tankar och åsikter vara styrande. Vid vår analys av utskrifterna använde vi oss bland annat av kodning, vilket innebär att vi synliggjorde upprepade samt betydelsefulla nyckelord i intervjupersonernas berättelser. Detta för att sedan lättare kunna urskilja skillnader samt likheter i personernas utsagor samt kunna dra slutsatser från dessa.

Vi har för att kunna förstå materialet pendlat mellan teori och empiri. Vi har härmed haft ett induktivt förhållningsätt där empirin har styrt våra val av teorier och hjälpt oss vid tolkningen. Detta innebar att vi växelvis gick igenom det empiriska materialet och fördjupade oss i de teoretiska perspektiven. Som analysmetod valde vi en kvalitativ analys. När vi bearbetade empirin fann vi följande nyckelord som framträdande: samverkan, kommunikation, kunskap, konsekvenser och makt. Efter första och andra genomläsningen försökte vi finna möjliga samband och skapa kategorier och teman i materialet. Slutligen har vi implementerat teorier och begrepp från teorierna och använt dessa för att förstå vårt material (Wiig, 2010). Tillsammans med empirin styrde dessa teorier oss till olika huvudteman som styrde analysens struktur. Dessa teman är: bra respektive dålig samverkan, kommunikation och roller, relationer och konflikter, kunskap, lagar, ramar och riktlinjer samt makt och handlingsutrymme.

Vi som författare har under processens gång anpassat frågeställningarna utifrån vårt empiriska material och omarbetat dessa för att kunna inkludera det vi sett som viktigast från empirin. Analysprocessen har varit det moment som har tagit mest tid, då vi ständigt har fått gå fram och tillbaka mellan teorierna och empirin, och till slut implementera det i analysen. Vi har även fått gå tillbaka och byta teorier då vi upptäckt att de inte passat för att få fram det vi ansett vara huvudpoängerna utifrån resultaten.

Vi som författare har också diskuterat vår förförståelse kritiskt. Vi har under processens gång försökt att ifrågasätta våra analyser och antaganden just för att de inte ska bli för subjektiva eller styras för mycket av vad just vi anser är viktigt och betydelsefullt. Vi har använt oss av detta tillvägagångssätt för att påminna oss själva om att vara öppna mot nya infallsvinklar där intervjupersonernas berättelser styr riktning. Trots ovanstående faktorer är vi medvetna om att våra intressen styr vår tolkning i viss mån och att detta är något som är svårt att komma undan (Bryman, 2012).

4.9. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Vi har under studiens planering och genomförande beaktat aspekter som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Dessa aspekter är viktiga att ta hänsyn till så även andra kan bedöma resultaten vi har fått fram i vår studie (Bryman, 2012).

Validitet handlar om huruvida man undersöker det man säger sig undersöka (*giltighet*) och i vilken utsträckning materialet speglar det fenomen som man är intresserad av (*riktighet*) (Kvale, 2009). Detta är faktorer som vi har beaktat under hela vår uppsatsprocess. Vi har under uppsatsskrivandet försökt att stärka den kommunikativa validiteten genom att låta både handledare och andra kritiskt granska och diskutera uppsatsen. Under insamlandet av vår empiri har vi haft en löpande dialog med våra intervjupersoner. Under intervjutillfällena bad vi om förtydliganden och vi stämde av vår tolkning och förståelse kring utsagorna med intervjupersonerna för att få respons samt för att verkligen försöka beskriva allting så rättvist som möjligt utifrån intervjupersonernas perspektiv.

Vi har använt oss av citat från intervjuerna för att belysa vissa teman/utgångspunkter och för att man som läsare ska kunna förstå hur vi har

tolkat intervjupersonernas berättelser. Genom att citera hoppas vi kunna ge mer liv åt texten och vi vill på detta sätt stärka den *interna validiteten* (Widerberg, 2002).

Reliabilitet handlar om att studien ska kunna upprepas med ett likvärt resultat (Kvale, 2009). Inom kvalitativa studier är det svårt att kunna återge och upprepa, samt få exakt samma resultat som tidigare studier har fått (Padgett, 1998). Däremot bör man försöka få läsaren att kunna se samma sak som man själv har uppfattat, och därför blir öppenheten och tydligheten vital inom uppsatsskrivandet (Kvale, 2009). Vi har under vår uppsatsprocess försökt att vara så tydliga som möjligt och beskrivit vår design, våra tillvägagångssätt, perspektivval samt teorival, avgränsningar och tolkningar så detaljerat som möjligt, för att man som läsare ska kunna granska vår undersökning samt dess användning kritiskt.

Generaliserbarhet kallas även för *extern validitet* och innebär att resultat ifrån en studie ska kunna gälla för andra människor, andra situationer samt miljöer (Bryman, 2012). Enligt Padgett (1998) handlar generaliserbarhet inom kvalitativa studier om att belysa det unika samt djupa i människors livserfarenheter och inte att finna generell kunskap. Vi har i vår undersökning intervjuat sex personer och de kan inte sägas representera all personal inom psykiatri och socialtjänsten, men deras berättelser och uttalanden kring samverkan kan ändå vara betydelsefulla. I vår undersökning försöker vi beskriva utsagor och visa diverse mönster, skillnader och likheter mellan socialtjänsten och psykiatri. Vi har analyserat vår empiri med hjälp av våra valda teorier och vi har återkopplat våra resultat till tidigare studiers resultat för att "öka" möjligheterna för att det som våra intervjupersoner har berättat ska kunna appliceras i liknande situationer (Kvale, 2009). Generaliserbarheten kan även mätas i relevans vilket innebär att empirin behöver granskas för att se om den kan ge oss den kunskap vi behöver, och om den kan relateras till teorierna (Andersson, 2000).

Bryman (2012) talar om tillförlitlighet som består av trovärdighet (intern validitet), överförbarhet (extern validitet), pålitlighet (reliabilitet) samt möjligheten att styrka och konfirmera (objektivitet). Pålitlighet handlar om alla delar i uppsatsprocessen skall redogöras tydligt och fullständigt för att andra ska kunna bedöma kvaliteten och trovärdigheten. Vi som författare har under hela processens gång försökt att beskriva samtliga delar noggrant och så detaljerat som möjligt, dock med etik och anonymitet i åtanke. Vi har inte låtit teorierna vara styrande i vår undersökning, utan dessa valdes i efterhand utifrån empirin (Bryman, 2012).

Vi som författare har även beaktat aspekter som äkthet (autenticitet) under uppsatsens gång. Härmed har vi diskuterat huruvida undersökningen ger en *rättvis bild* av de åsikter och uppfattningar som intervjupersonerna har berättat. Vi anser att uppsatsen lever upp till detta krav på äkthet eftersom vi belyser samtliga intervjupersoners utsagor, både positiva och negativa, kring samverkan mellan socialtjänsten och psykiatri. Vi försöker gestalta samverkan ur ett så brett perspektiv som möjligt, och vi har inte förskönat intervjupersonernas utsagor, formulerat om citaten eller dylikt. Vi som författare önskar även att uppsatsen ska kunna leda till *ontologisk autenticitet* vilket innebär att uppsatsen förhoppningsvis ska kunna hjälpa de personerna som deltagit i undersökningen samt andra

människor i liknande situationer att kunna förbättra sin arbetssituation genom de resultat vi har fått fram. Vi har även försökt att belysa den *pedagogiska autenticiteten* så noggrant som möjligt. Detta har vi gjort genom att vi har belyst samt redogjort för hur intervjupersonernas utsagor skiljer sig åt och detta kanske i sin tur får intervjupersonerna att förstå varandras sätt att tänka, resonera och agera kring samverkan dem emellan och kunna förbättra de fall där samverkan fungerar mindre bra (Bryman, 2012).

5. Resultat av empirin

Vi har valt att ha denna del separat istället för en integrerad del i analysen. I denna del kommer det tydliggöras hur intervjupersonernas olika åsikter och tankar stämmer överens/skiljer sig åt samt deras tankar om vilka faktorer inom verksamheterna som påverkar samverkan. Detta upplägg används bland annat för att yrkesverksamma ska kunna få möjlighet att få en övergripande bild av varandras synsätt då vi anser att detta är viktigt att tydliggöra för dem i deras fortsatta samverkan. Vi kommer nedan att presentera de viktigaste resultaten från vår empiri utifrån våra tre frågeställningar. Inledningsvis presenteras gemensamma drag mellan socialtjänsten och psykiatrin, och därefter besvaras frågeställningarna enskilt i tur och ordning.

5.1. Gemensamma drag - socialtjänsten och psykiatrin

År 2011 genomfördes en stor omorganisation av stadsdelarna i Göteborgs stad och man gick från att ha 21 stadsdelsnämnder till 10 stycken. Syftet med detta från kommunens sida var att öka effektiviteten och dra in på kostnader samt att stadsdelarna skulle bli någorlunda lika i invånarantalet. Man har även delat upp så att olika tjänstemän inom samma verksamhet samarbetar med olika specifika kontor/mottagningar för att bygga upp hållbara relationer samarbetsparterna emellan. Både psykiatrin och socialtjänsten arbetar idag mot ett begränsat antal olika stadsdelar för att strukturera upp och underlätta samverkan (Adolfsson, 2010).

Att samverkan fungerar olika beroende på vilken socialtjänst/psykiatrimottagning man arbetar mot är något som samtliga intervjupersoner påpekar, och de nämner att samtliga verksamheter är uppbyggda och organiserade på olika sätt. Organisationernas belastning, ekonomi, ledning och synsätt är olika vilket gör att samverkan också varierar. Samtliga intervjupersoner menar även att samverkan är högst beroende av vilken person man samarbetar med, att det är mycket individbundet. En intervjuperson uttrycker: *“Och sen så är det ju också, ja men personligt då. Vem som har tjänsten där och, ja men hur väl man har arbetat upp samverkan mellan”*.

Samtliga intervjupersoner beskriver här sin människosyn på någorlunda liknande sätt, och nämner saker som lika värde oavsett bakgrund, etnicitet, kön, sexuell läggning samt att de har en humanistisk människosyn. En psykiatrihandläggare menar att om man inte delar denna ovan nämnda människosyn så har man valt helt fel yrke. Målgruppen psykospatienter upplevs som en stigmatiserad och svag grupp i samhället som har svårt att strida för sin egen sak, och många saknar anhöriga som orkar hjälpa dem. Målgruppen behöver stärkas och synen på den förändras enligt samtliga intervjupersoner. En psykiatrihandläggare menar att psykisk ohälsa inte värderas på samma sätt som somatisk ohälsa, vilket hon anser är orättvist.

Samtliga intervjupersoner nämner det faktum att målgruppen har en komplex problematik som påverkar individen på många plan. Det ska här tilläggas att de patienter det rör sig om inom studien tillhör de mest sjuka inom psykosvården. Kuratorerna anser att delaktighet och självbestämmande är faktorer som

socialtjänsten i hög grad utgår ifrån vid sina bedömningar av patienternas behov och förmågor. Kuratorerna har sett att detta krav på självständighet kan skapa mycket oro och ångest för patienterna, vilket i sin tur kan leda till att de oftare och under längre perioder behöver läggas in på sjukhus. Psykiatrihandläggarna däremot anser att psykiatrin i viss grad är för omhändertagande i sitt förhållningssätt till målgruppen och att detta kan leda till att man inte låter patienterna utveckla sina förmågor.

Majoriteten av intervjupersonerna nämner att målgruppen är lätt att arbeta med eftersom de är tacksamma för väldigt lite, blir glada och nöjer sig med lite hjälp och insatser. En följd av detta är att de som personal därmed upplever sig få mycket tillbaka i uppskattning och tacksamhet från patienterna. En av intervjupersonerna säger att det är ledsamt att tänka på hur lite de här patienterna och deras anhöriga faktiskt är vana att få. Denna person tror att den här målgruppen kommer att förändras i och med ny medicin som kommit fram som inte dämpar känslolivet i samma grad som dagens antipsykotiska mediciner gör. *“Så det kommer att bli en grupp som kommer att kräva lite mer i framtiden också. Och det är ju bra!”*.

Bra eller ideal samverkan bygger enligt intervjupersonerna på att man har skapat goda relationer, att man känner att man lätt kan ta kontakt med varandra och bolla saker med varandra för att gemensamt kunna uppnå uppsatta mål. Man ska även ha förståelse och respekt för varandras professioner och ansvarsområden, samt känna att man kan använda sig av varandra. Samtliga intervjupersonerna menar att man vinner på att ha regelbundna möten där alla inblandade får ta del av samma information. Intervjupersonerna menar att sådana möten ger möjlighet att diskutera varandras verksamheter och vad som händer i organisationerna, och på detta sätt sker ett kunskapsutbyte. Intervjupersonerna nämner även att man inte ska behöva känna sig kritiserad utan fritt kunna tala om hur man tänker och få gehör för detta. De påtalar även friheten att kunna styra över sitt arbete med patienten i fråga och att man känner att man får gehör inom verksamheten för sina tankar och idéer och oftast även gentemot samarbetspartnern.

Alla intervjupersoner menar att samverkan i sig är tidskrävande och förutsätter ett stort engagemang och flexibilitet. De poängterar även ödmjukhet inför varandras kompetens och ansvarsområden som viktiga förutsättningar för en fungerande samverkan. Samtidigt anser alla att det är en balansgång då man också ibland måste våga ifrågasätta varandra. En kurator säger att: *“...den viktigaste ingrediensen är faktiskt att man... eh. Kunskap. Ja. Jag ska ha kunskap om vad de gör, de ska ha kunskap om vad jag gör och full kunskap om patienten, klienten och hur deras livssituation ser ut. Sedan kan man göra korrekta bedömningar, det tror jag”*.

Där det råder brist på god samverkan menar samtliga intervjupersoner att kommunikationen är svårare, att man inte lika lätt kan ta kontakt med varandra och inte lika fritt kan diskutera sina patientärenden. En konsekvens av en dålig samverkan som samtliga intervjupersoner nämner är att patienterna i förlängningen kan riskera att inte få den insats, stöd eller hjälp som individen är berättigad till. Detta är något som kan få förödande konsekvenser för individen och leda till att denne hamnar mellan stolarna. Samtliga intervjupersoner menar

även att det skapas en stor irritation och frustration inom samtliga verksamheter när samverkan inte fungerar väl. De menar även att det krävs flera års erfarenhet inom yrket för att få en djup kunskap om målgruppen.

Psykiatrihandläggarna nämner att samverkan med psykiatrin är svårare inom slutenvården än öppenvården, mycket på grund av att inom slutenvården bestämmer läkaren ofta vad patienten i fråga behöver, ex: *“vi har bestämt boende”*. Detta är någonting som även kuratorerna nämner och de tror att socialtjänsten många gånger kan bli kränkta av detta tillvägagångssätt då man i princip “trampar in” i deras ansvarsområde, och kuratorerna förstår att detta kan skapa negativa erfarenheter av att samverka med psykiatrin. Psykiatrihandläggarna nämner även att det på en del mottagningar råder läkarbrist vilket försvårar deras bedömningar eftersom de inte får fullständig information kring patientens tillstånd. En kurator från öppenvården problematiserar ytterligare en aspekt av förhållandet till läkarna och berättar att hon många gånger känner patienterna bättre än läkarna, vilket gör att läkarna får lita på hennes bedömningar, exempelvis vid inläggning på sjukhus. Detta samarbete upplever hon fungerar bättre inom öppenvården, men däremot när det gäller slutenvården berättar hon om ett fall där läkare har skrivit ut en patient trots att hon hade planerat att dagen därpå utföra en social utredning.

5.2. Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är god/ideal samverkan och vilka förutsättningar bygger den på?

5.2.1. Psykiatrin

Kuratorernas upplevelse av samverkan med socialtjänsten är överlag oftast god. De menar att goda relationer är något som skapas över tid och att det kan handla om att exempelvis få ett ansikte till ett namn. Det krävs mycket aktivt arbete för att skapa och bibehålla en kontinuerlig och god samverkan som kan leda till långsiktiga och bra resultat för patienterna. Bra samverkan innebär att man ska ha en direktkontakt där man alltid kan nå varandra och diskutera kring patienten i fråga.

För att en bra samverkan ska uppstå menar kuratorerna att psykiatrihandläggarna bör ställa krav och få olika utredningar kring patienten och intyg från psykiatrin. Det är även viktigt att man känner att man arbetar tillsammans och att allting går relativt snabbt. Även om socialtjänsten inte alltid kan göra så mycket är det viktigt att det finns en känsla av att de ändå är med och engagerar sig, exempelvis att de ringer och frågar *“hur gick det med det?”*, och att det är bättre att höra av sig en gång för mycket än en gång för lite uppdatering.

Kuratorerna anser att det i regel är ganska lätt att få gehör för sina tankar och åsikter gentemot socialtjänsten. En av kuratorerna menar att man inte kan förändra socialtjänstens fyrkantiga arbetssätt, men däremot: *“Eh, men just det där att man ändå måste anpassa sig till individen, för det är ändå människoliv det handlar om”*. En av kuratorerna menar att ideala samverkansmodeller är modellen IP (integrerad psykiatri), och vård- och stödsamordning. Modellerna bygger på att en representant från sjukvården och en ansvarig från socialtjänsten gemensamt ska göra en utvecklingsplan med patienten utifrån dennes önskemål så långt som möjligt.

5.2.2. Socialtjänsten

Enligt psykiatrihandläggarna handlar samverkan om två parter som kommer med sitt bidrag för att sedan sammanföra detta. Dessa ska ha tid och utrymme att träffas kontinuerligt och kunna kalla på varandra utifrån behov. Det ska även finnas en förståelse och respekt för varandra och varandras roller samt att man ska kunna lita på att den andra parten tar ansvar för sin del. Personkemi, engagemang, lång erfarenhet på arbetsplatsen, intressen och realistiska mål är faktorer som beskrivs vid en god samverkan. Likt kuratorerna poängterar psykiatrihandläggarna att det är viktigt för dem att få rätt bild och beskrivningar från psykiatrin av patienten för att kunna göra korrekta bedömningar. God samverkan bygger på att man respekterar varandra, har tillit till varandra, arbetar åt samma håll, lyssnar på varandra och har patienten i fokus.

Liksom kuratorerna anser psykiatrihandläggarna att det är viktigt att man känner till varandra och har ett ansikte på personerna man samverkar med. En psykiatrihandläggare beskriver detta som problematiskt och att detta är något som borde fungera trots faktorer som hög personalomsättning eller omorganiseringar. Samtidigt menar denna person att det lätt blir rörigt när personal byts ut då patientärendena stannar upp och samverkan påverkas negativt.

Ideal samverkan kan uppnås genom regelbundna resursgruppsmöten med en ansvarig från psykiatrin och en från socialtjänsten som tillsammans gör upp en plan för hur arbetet med en patient ska se ut. För att få en god samverkan är det även viktigt med snabb återkoppling, trevlig ton trots att man inte är överens, tydlighet mot varandra och att man hittar gemensamma synsätt. När en av psykiatrihandläggarna upplever att åsikterna mellan psykiatrin och henne går isär beskriver hon att hon bemöter detta genom att vara diplomatisk, trots att hon kan bli irriterad och anse att folk betar sig konstigt och säger dumma saker. Det viktigaste är inte att vinna diskussionerna, utan det är bättre att undvika större konflikter/strider.

En psykiatrihandläggare beskriver ett fall där det fanns en god samverkan med psykiatrin gällande en person som var väldigt ensam och isolerad hemma under flera år och vars föräldrar gjorde allt för denne. Till slut orkade inte föräldrarna mer, och socialtjänsten gick in tillsammans med psykiatrin för att försöka få personen till ett gemensamt boende. Det var en lång process där mycket motivationsarbete krävdes. Tack vare att båda verksamheterna arbetade mot samma mål och hade samma förväntningar och kunskaper om vad personen behövde så lyckades de förbättra patientens livssituation. Motivationsarbetet är av yttersta vikt och bör komma från flera håll, men det finns inte alltid tillräckliga resurser eller tillräcklig tid inom socialtjänsten. Därav anser psykiatrihandläggarna att psykiatrin behöver arbeta desto mer med detta då de har större utrymme och möjlighet att arbeta mer flexibelt under en längre tid.

5.3. Vad anser kuratorerna respektive psykiatrihandläggarna är dålig samverkan och vilka hinder/begränsningar skapas den av?

5.3.1. Psykiatrin

Faktorer som kan skapa dålig samverkan är att samarbetsparterna inte har förståelse för varandra eller för patienten. När man försöker initiera möten för

kunskapsutbyte eller för att komma fram till en gemensam plan om hur man ska gå vidare med ett ärende kan det många gånger bli ett "tvärt nej" och man kommer ingenvart. En kurator menar att konsekvenserna av detta kan bli att: *"Allting blir pannkaka, det är ju så verkligheten tyvärr ser ut. Och det är därför man säger att de hamnar mellan stolarna. För det gör de verkligen"*. En kurator beskriver en situation av detta slag där man behövde kalla till ett möte där respektive chefer för organisationerna fick delta. Efter detta började det hända saker, efter att psykiatrihandläggaren tidigare hävdade att *"nä, finns inga alternativ"*. Konsekvensen av detta blev dock en frostigare relation på grund av att man hade tillkallat cheferna, och kuratorerna och psykiatrihandläggarna i fråga fick efter detta aldrig någon bra relation. Man slutade att kämpa, la ner fallet och psykiatrihandläggaren ersattes av en ny som kom med en *"ny approach"* och samverkan började fungera.

En kurator ger ett exempel på dålig samverkan genom att säga: *"det blir liksom lite taggigt, och man hittar inte det där att man har stor förståelse mot varandra..."*. Personen menar att samarbetspartnern ibland kan hamna i försvarsställning: *"...känner sig hotad, kanske..."*. I en del fall menar kuratorn att den försvarställning samarbetspartnern intar kan leda till att patientärenden stannar upp eller blir liggande då personen i fråga inte är villig att se eller diskutera fram nya lösningar.

Faktorer vid en dålig samverkan enligt kuratorerna kan vara att psykiatrihandläggarna inte hör av sig eller tappar bort intyg och dylikt. Dock är det ett faktum att verksamheten och patienterna i hög grad är beroende av socialtjänsten. Kunskapsbrist kring sjukdomen och dess funktionshinder inom både psykiatri och socialtjänsten anses vara bakomliggande faktorer till att det kan råda en dålig samverkan.

Kuratorerna menar att faktorer som kan skapa en dålig samverkan är att socialtjänsten är styrd av lagar, förordningar, regler och att detta härmed skapar ett "fyrkantigt arbetssätt" som även kan leda till att man inte ser patienten med nya ögon. Bra psykiatrihandläggare kan dock kringgå dessa faktorer och vara flexibla för att uppnå patientens bästa. En kurator säger: *"Och sedan finns det de som med näbbar och klor vill att, 'det är såhär vi ska arbeta och vi kan inte frångå våra regler och normer' och så vidare"*. En följd av detta menar personen blir att: *"patienten hamnar i kläm och hamnar mellan stolarna och så står man där och vet inte vad man ska göra"*.

Kuratorerna talar om psykospatienternas utsatta situation i samhället och fördomar som kan finnas gentemot dem. En stor del av arbetsuppgifterna består därmed av att göra dessa personers röster hörda och få dem att bli delaktiga i beslut gällande deras egna liv och finnas där för dem då denna målgrupp ofta saknar ett aktivt nätverk. Härmed är det viktigt med en fungerande samverkan och att personal arbetar med att sprida kunskap om målgruppen. Kuratorerna påpekar att de många gånger måste skapa förståelse hos psykiatrihandläggarna för hur sjuka patienterna är. En av kuratorerna upplever det som att många psykiatrihandläggare menar att patienterna får *"skylld sig själva"* när de exempelvis handlar på ett visst sätt vid ett psykosutbrott. Socialtjänstens syn på målgruppen tror kuratorerna varierar beroende på erfarenhet och hur man är som

person. Kuratorerna anser att psykiatrihandläggarna oftast har en god kunskap kring målgruppen, men de som arbetar med exempelvis försörjningsstöd har däremot inte alltid samma djupa kunskap och här behöver de ofta informera om målgruppens symptom eller medicinering.

En kurator berättar om ett fall där incidenter skett på grund av att en psykiatrihandläggare hade lyssnat på en anhörigs utsagor kring löften som denne påstod att kuratorn skulle verkställa gentemot patienten. Detta utan att säkerställa och kommunicera detta med kuratorn i fråga först. Här uppstod en konflikt kring någonting som inte stämde då kuratorn inte alls hade utlovat det den anhörige påstod. Detta hade kunnat undvikas genom en bättre kommunikation mellan samarbetsparterna som egentligen borde ha funnits, särskilt då det i detta specifika fall fanns ett årslångt samarbete kring patienten dem emellan.

5.3.2. Socialtjänsten

Psykiatrihandläggarna menar att målgruppen psykospatienter är en svårare grupp att arbeta med då det krävs mer omsorg när det kommer till exempelvis planering, uppläggning av möten samt att de ofta har en komplex problematik som gör att man ständigt måste arbeta om målen. Gruppen är även krävande på så sätt att de ofta är i behov av massiva insatser, vilket kräver en mycket välfungerande samverkan. En viktig del i arbetsuppgifterna är att ha ett gott bemötande och skapa goda relationer med patienterna men en av psykiatrihandläggarna uttrycker att det kan vara svårt att bibehålla de goda relationerna då man har en myndighetsroll som innebär att man exempelvis kan vara tvungen att avslå vissa insatser.

Psykiatrihandläggarna menar att vid en dålig samverkan är samarbetsparten otillgänglig, det kan vara svårt att få till möten, det saknas tid och intresse, man respekterar inte varandras professioner samt arbetssätt och återkoppling tar lång tid. Detta kan leda till att patientärendena stannar upp och i värsta fall gör detta att patienterna hamnar mellan stolarna och att irritation och frustration byggs upp inom verksamheten. Allt detta är energikrävande och tar kraft och tid från andra viktiga arbetsuppgifter. Psykiatrihandläggarna nämner även att när det är svårt att få tag på psykiatrin blir det viktigare att kommunikationen med exempelvis boendestöd fungerar då dessa kan gå in och utföra arbetsuppgifter som egentligen ligger på psykiatrins bord. I vissa fall händer det att även att personal från boendestödet får jaga psykiatrin för att något ska hända. En psykiatrihandläggare säger: *“För det, det blir ju att vi, kommer gräva vår grav långsamt liksom om vi ska sitta och ringa dagarna in och ut liksom, det, det funkar inte utan då får man ju ’delegera ut det’ så att säga till, till olika verksamheter eller till utförarenheter”*.

Samtliga psykiatrihandläggare anser att det är lättare att samverka med öppen- än med slutenvården då personal inom slutenvården inte verkar vara lika engagerade och att stämningen är kyligare. Inom öppenvården är personalen däremot mer engagerade och verkar gilla det de gör. Enligt psykiatrihandläggarna är en del psykiatrimottagningar mer fyrkantiga än andra i sitt arbetssätt, och i dessa fall blir samverkan lidande, medan andra mottagningar arbetar mer flexibelt och uppsökande vilket gynnar patienterna.

Psykiatrihandläggarna menar att vid en dålig samverkan trampar man ibland in på varandras områden och säger vad den andra parten behöver och bör göra. Detta är något som de anser ofta förekommer vid vårdplaneringar. En psykiatrihandläggare hade önskat att psykiatrien alltid berättade vad de såg att patienten hade för behov samt beskrev patientens funktioner och sedan "stoppade där" och lät socialtjänsten bestämma insatserna/stödet. Hon upplever dock att personalen inom psykiatrien ofta går över gränsen och vill vara med och bestämma vilket stöd patienten behöver, inte nödvändigtvis av illvilja, utan snarare av okunskap om ansvarsområdena. Psykiatrihandläggaren menar att hon inte varje gång går in och säger något. Hon säger: *"...Man kan ju inte sitta varenda gång och hålla på och påpeka att 'nä, men du det där behöver du inte säga, utan det är min sak'"*. Hon tror att det många gånger vid en dålig samverkan handlar om att förtydliga varandras ansvarsområden på ett snyggt sätt, utan att läxa upp och uppfostra varandra, vilket det dock finns tendenser till. Psykiatrihandläggarna önskar att psykiatrien inte ifrågasätter deras arbete eller trampar över utan respekterar deras ansvarsområden och expertis på samma sätt som de försöker respektera psykiatriens. Psykiatrihandläggarna tror gott om psykiatrien i allmänhet och anser att deras bemötande och kunskap kring målgruppen är bra och att de är omhändertagande gentemot patienterna. Psykiatrihandläggarna menar att psykiatriens kunskap kring målgruppen skiljer sig från socialtjänstens då socialtjänsten oftast ser patienten i hemmet när denne mår relativt bra medan psykiatrien har erfarenhet av patienten i samtliga tillstånd.

Det finns fall där personal från psykiatrien inte varit helt öppna med hur situationen kring en patient faktiskt ser ut. Detta har lett till att psykiatrihandläggarna ibland har hamnat i svåra och farliga situationer då det exempelvis kan handla om att de inte har fått information om att en person kan bli våldsam när denne inte medicinerats mot sin psykossjukdom. Psykiatrihandläggarna tror att detta kan grunda sig i att personal från psykiatrien har velat skapa en arbetsallians med patienten i fråga, och därav har man undvikit att vara öppen med hur patienten i fråga faktiskt kan agera. En följd av sådana patientärenden är att psykiatrihandläggarna vid ett antal tillfällen har fått göra avvikelserapporter eftersom psykiatriens informering varit bristfälligt. När det inte gått att lösa på tjänstemannanivå har man fått föra det vidare till chefsnivå.

En av psykiatrihandläggarna anser att personalen från psykiatrien ibland inte har en realistisk bild av vad patient förmår att göra. Åsikter skiljer sig ofta åt mellan psykiatrien och socialtjänsten när det gäller frågor om patientens boende. Personal från psykiatrien förespråkar ofta gemensamt boende medan personal från socialtjänsten vill att patienten ska bo kvar hemma i större utsträckning. Ett konkret fall som beskriver detta handlar om en patient som verksamheterna arbetat gemensamt kring under flera år och där åsikterna kring patientens behov ständigt har gått isär. Sjukvården var bestämd med att boendestöd inte var tillräckligt för patienten, medan kommunen ansåg att man borde uttömma alla möjligheter för personen att bo hemma innan man började leta efter ett alternativt boende. Detta är en vanligt förekommande situation som kan leda till att patienten hamnar mellan stolarna då verksamheterna har olika syn på hur ärendet ska hanteras.

En psykiatrihandläggare ger exempel på dålig samverkan genom att säga: *“Eh, för det är ganska lätt upplever jag det inom psykiatrin att man ofta inte riktigt förstår sig på varandras roller så. Och vad som förväntas av en”*. Det förekommer att personal från psykiatrin utlovar patienten insatser från socialtjänsten som inte är realistiska utan att kommunicera detta i förväg med psykiatrihandläggarna. Konsekvensen av detta kan bli att det inget hopp och förväntningar för patienten vilket i förlängningen kan försvåra relationen mellan patienten och socialtjänsten.

Vid en dålig samverkan förflyttas arbetsuppgifterna mellan verksamheterna istället för att varje instans ser vad den egna verksamheten kan göra. Man kör på med sin egen linje och ser endast sin egen roll och lyssnar inte på den andre parten. *“Ja, men kommunen borde göra väldigt mycket mer och förstår inte och gör inte tillräckligt och kommunen tycker precis likadant om sjukvården att 'ja, men varför får den här personen inte bli inlagd?'”* exemplifierar en psykiatrihandläggare när hon beskriver misstro och missnöje som kan finnas mellan verksamheterna, och som hon tror också bidrar till en dålig samverkan.

5.4. Vilka faktorer inom de olika verksamheterna påverkar och styr samverkan och på vilket sätt?

5.4.1 Psykiatrin

Kuratorerna menar att de har ett stort handlingsutrymme och att det finns variation i arbetsuppgifterna som de uppskattar. Däremot finns det bland annat administrativa uppgifter där patienterna i fråga ska delta i registerföringen, vilket denna målgrupp många gånger är totalt ointresserad av, exempelvis på grund av sin sjukdom. En följd av detta blir att motivationsarbetet som krävs för att få patienterna att delta i detta blir omfattande och tar tid och energi från andra uppgifter.

En av kuratorerna framhåller vikten av att låta målgruppen, utifrån deras behov, förmågor och situation, själva få styra över hur de vill ha sitt liv. Detta kopplar hon till psykiatrireformens genomslag i slutet av 90-talet, vars syfte var att normalisera individerna och att man skulle se personen istället för sjukdomen. Kuratorerna framhåller det faktum att psykiatrihandläggarna trycker på att individerna ska vara självbestämmande och delaktiga i så mycket som möjligt kring deras liv, medan kuratorernas inställning är mer omhändertagande. En kurator anser att det är fel att generellt säga att alla ska arbeta med att alla ska bli självständiga, utan menar på att det måste råda en mer individuell syn där självständigheten anpassas utifrån individens förmågor och viljor, samt att det bör finnas mer nyanser och öppenhet kring självständigheten, då många av patienterna är svårt sjuka. Kuratorn menar att man har gått från det gamla institutionsarbetet där patienterna fräntogs sin självständighet helt, till den andra ytterligheten, där man bland annat ska vara extremt självständig, bo själv och laga sin egen mat. Detta kan dock enligt kuratorn medföra att patienterna förlorar ett socialt sammanhang som exempelvis finns på gruppboenden.

Kuratorerna anser att det generellt sett finns för få psykiatrihandläggare med tillräckligt mycket erfarenhet och kunskap kring sjukdomen och funktionshindren. Förståelsen för målgruppen skiljer sig åt på så sätt att psykiatrihandläggarna tror att patienterna klarar av mer än vad de faktiskt gör. En av kuratorerna tror

däremot att psykiatrihandläggarnas bild av det hela är att psykiatrin tar ifrån individerna deras frihet och inte låter dem utvecklas. I de fall man inte får gehör för sina tankar och åsikter hos socialtjänsten hävdar en kurator att det kan vara behjälpligt att *“ha en läkare med på tåget”*.

Kuratorerna menar att dålig samverkan kan innebära att samverkan är obefintlig, man arbetar åt olika håll och motarbetar därmed eller når inte fram till varandra. En bakomliggande faktor till detta kan ha sitt ursprung i verksamheternas ledarskap och huruvida cheferna lyckas skona handläggarna från att behöva ta hänsyn till de ekonomiska svårigheterna och underlätta arbetsbelastningen för dem. En kurator beskriver de olika psykiatrihandläggarna som att: *“en del är jättebra, väldigt engagerade, väldigt... eh... ställer upp väldigt mycket och går lite utöver... över gränserna lite sådär. Och andra är väldigt försiktiga och... stelbenta och jag vet inte, det är säkert en konsekvens väldigt mycket av vilken ledning man har”*. Kuratorerna beskriver psykiatrihandläggarnas sätt att arbeta med målgruppen som oflexibelt och en av kuratorerna menar att mycket hade behövt förändras i socialtjänstlagen. Ofta säger psykiatrihandläggarna att: *“ja, hit kan jag gå men inte längre för... så säger lagen”*. Kuratorn menar att de flesta inom socialtjänsten i regel förhåller sig till lagen och i viss mån använder sig av den som skydd, samt att få anstränger sig utöver lagens gränser.

Kuratorerna menar att socialtjänsten har fått mer att göra och en stressigare tillvaro de senaste fem åren. De upplevdes förr som mer aktiva i resursgruppsmötena, och att steget tidigare inte var så långt mellan att vara handläggare och att vara kurator: *“vi var mycket närmare varandra då”*. Kuratorerna anser att psykiatrihandläggarna då hade mer tid för arbetsuppgifter som att ha samtal och fördjupa sig i ärenden på olika sätt, medan de idag endast har tid för myndighetsutövning. Idag handlar mycket om resurser och tid, och psykiatrihandläggarna har inte längre delegation på många beslut. En av kuratorerna tror att detta kan få till följd att personalen inom socialtjänsten inte längre anser det vara lika givande att gå på resursgruppsmöten och liknande då de inte kan komma med direkta svar vid dessa tillfällen, eftersom de måste ta alla beslut med sina chefer. De kan här hamna i en utsatt situation då de förväntas komma med praktiska lösningar direkt. Citat från en av kuratorerna: *“Men jag upplever också ibland att handläggarna är väldigt splittrade därför att de, de är pressade. Eh, och känner att ’javisst, här har vi ett behov, men det finns inte någon som helst möjlighet att tillgodose det här behovet’. Och, eh... då vill de egentligen inte ens prata vidare om det för att det finns inga resurser och då skjuter man det ifrån sig.”* En av kuratorerna tror att psykiatrihandläggarna måste få tillbaka möjligheterna att ta beslut för att situationen ska kunna förbättras.

När både psykiatrin och socialtjänsten är pressade menar kuratorerna att stressen och överbelastningen ökar vilket kan leda till förändrade attityder gentemot varandra, och detta kan få till följd att fel beslut tas. Faktorer som påverkar samverkan negativt enligt kuratorerna är att det saknas olika former av boenden för patienterna och att psykiatrihandläggarna har för mycket att göra. Ytterligare en problematik är att det råder ett högt tryck på vårdplatser inom psykiatrin, och därmed blir det en extrem press på sjukhusen att få ut patienterna jämfört med vad det var för några år sedan. På grund av ovanstående blir grunden för samverkan instabil då exempelvis vårdplaneringarna blir hafsigt framställda, läkarna är ofta

stressade och till synes nonchalanta och kan exempelvis komma tjugo minuter för sent till ett möte för att sedan försvinna därifrån efter fem minuter. En kurator exemplifierar hur detta kan påverka negativt genom att säga: *“det kan ju vara att man har blivit illa bemött av en doktor, läkare. Då så räcker ju det, för att man ska känna i kanske flera år framåt att 'jag sätter inte min fot där, jag vill inte...'"*.

Kuratorerna påpekar att i många patientärenden är läkarna väldigt bestämda angående eventuella insatser från socialtjänsten som patienten i fråga behöver, samt ibland även otrevliga i kontakten med psykiatrihandläggarna. En kurator beskriver läkarna i följande ordalag: *“ja, det handlar om deras omnipotenta... inställning till sig själva och sitt yrke”*.

5.4.2. Socialtjänsten

Psykiatrihandläggarna anser sig ha ett stort handlingsutrymme, men de upplever att mycket tid och kraft måste läggas på administrativa uppgifter såsom dokumentation och uppföljningar på utredningar. Faktorer som lagar, regler, riktlinjer och ekonomin begränsar och skapar en press och stress. En av psykiatrihandläggarna menar att lagarna och reglerna är något hon inte kan bryta mot men kommunens budget kan hon i vissa fall överskrida, exempelvis genom att bevilja en jättedyr insats om en patient verkligen är i behov av det. Många gånger menar hon att man då hamnar i förhandlingsläge med sin chef, men ju mer erfarenhet man har av arbetet desto lättare blir det enligt henne att argumentera och få igenom sina förslag till beslut. Inom socialtjänsten handlar det hela tiden om att hålla tillbaka kostnaderna, och detta begränsar arbetet. En psykiatrihandläggare menar att socialtjänsten just nu befinner sig i ett katastrofalt ekonomiskt läge, där många av bedömningarna måste tas till stadsdelsdirektören vilket är en lång och energikrävande process. Många beslut ligger inte längre på handläggarrollen, utan har förflyttats till en högre nivå.

En av psykiatrihandläggarna hade önskat ett större handlingsutrymme samt mer tid med varje patient då hon just nu ständigt får portionera ut tiden mellan patienterna. Hon säger: *“men det är klart, hade man jobbat mer aktivt så kanske det är så att vissa personer hade kunnat få ett ännu bättre liv. Absolut. Man hade kunnat ha tätare möten, resursmöten, eh, följa upp saker på ett helt annat sätt än vad som görs idag. Idag är det många beslut liksom som ligger, som har gått ut och man har inte hunnit ompröva dem”*. Psykiatrihandläggaren syftar här på att resurserna och ekonomin är väldigt bristande just nu och exemplifierar i ovanstående citat hur detta manifesterar sig. Hon upplever en tung arbetsbörda och stress, och hon känner sig inte tillfredsställd med det hon hinner/inte hinner göra, och hon tycker att patienterna får för lite hjälp.

En psykiatrihandläggare menar att när ekonomin är sämre påverkar den hennes bedömningar, praxis och patienterna negativt. En av de bakomliggande faktorerna vid en dålig samverkan är att det råder överbelastning inom socialtjänsten. Detta skapar en turbulens som kan leda till att personal söker sig därifrån och ny personal tillkommer. Detta samt omorganiseringarna hos både socialtjänsten och psykiatri har lett till att man har fått lägga mycket energi på att lära upp ny personal som tillkommit och att denna nya personal inte alltid känner patienterna de arbetar med. Vid en dåligt fungerande samverkan försöker alltid psykiatrihandläggarna först diskutera problemet med den berörda samarbetspartnern, och skulle detta inte fungera tas det till chefsnivå. I dessa fall

är det viktigt att cheferna har samma synsätt och riktlinjer, men så upplevs inte alltid vara fallet, utan psykiatrihandläggarna beskriver att riktlinjerna många gånger kan vara oklara eller obefintliga inom en del av socialtjänstkontoren i Göteborg. Riktlinjerna som finns om hur samverkan ska fungera är ofta otydliga, och enligt en av psykiatrihandläggarna har en del av omorganiseringarna inom psykiatrin fört med sig försämringar. Det finns även en oro hos psykiatrihandläggarna för avvecklandet av vårdplatser som äger rum inom psykiatrin, och att detta kommer få negativa följder för patienterna.

Psykiatrihandläggarna tror att psykiatrin anser att socialtjänsten är fyrkantiga i sitt arbetssätt och att de inte kan utföra vissa insatser samt att lagstiftningen begränsar i hög grad. De tror även att psykiatrin upplever att det är rörigt i Göteborgs stad på myndighetssidan, på så sätt att socialsekreterare ständigt byts ut och oerfaren personal tillkommer. I regel anser psykiatrihandläggarna att de får gehör för sina tankar och åsikter i samverkan med psykiatrin, men det förekommer även fall där man måste förklara riktlinjerna för Göteborgs stad och deras krav på att arbeta på ett visst sätt enligt praxis.

6. Analys

Vi kommer under denna rubrik att diskutera och analysera vårt empiriska material utifrån våra teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning samt egna reflektioner med fokus kring hur kuratorerna inom psykiatrin och psykiatrihandläggarna inom socialtjänsten samverkar med varandra. Analysen struktureras upp under olika teman som härrör från våra nyckelord och knyter an till frågeställningarna. Vi kommer att försöka förstå och analysera bra respektive dålig samverkan, och förutsättningar samt begränsningar för samverkan. Vi analyserar även vilka faktorer inom de olika organisationerna som styr och påverkar samverkan.

6.1. Bra samverkan

Samverkan kan många gånger vara komplex och kräva en god kommunikationsförmåga, social kompetens och tillit och respekt för varandra. Detta tror vi är nödvändigt för att man ska våga och kunna dela med sig av information, och vi anser att det är av yttersta vikt att professionella avsätter tid för detta. Vi anser att man för att få en fungerande samverkan behöver träning i att samarbeta och att en förutsättning för att detta ska kunna ske är att man inte är för låst i sin profession, exempelvis att man inte är för begränsad av *lagar och regler*. Vid en ideal samverkan menar intervjupersonerna att man bör ha en ömsesidig påverkan på varandra, skapa idéer och förslag till lösningar tillsammans och ge och ta på en vänskaplig nivå. Det är först när man tillsammans har uttömt alla försök till lösningar på ett problem utan framgång som man behöver börja undersöka ifall man måste förändra målen och behoven. En god samverkan innebär bland annat att motsatta intressen ska kunna ses som gemensamma problem som bör lösas tillsammans, och en fungerande samverkan ger bra beslutsunderlag och hållbara överenskommelser (LennéAxelson & Thylefors, 2004).

Alla intervjupersoner nämner det faktum att man tillsammans med sin samarbetspartner måste komma överens om ett gemensamt mål och ha någorlunda liknande åsikter och tankar angående tillvägagångssättet kring en patient. En god kommunikationsförmåga bygger enligt intervjupersonerna på kunskap, erfarenhet, engagemang och långvarig samverkan, och alla intervjupersoner nämner tid och flexibilitet som betydelsefulla faktorer. Om vi analyserar ovanstående utifrån kommunikationsteorins tankar om olika interaktioner mellan människor ser vi att det är ett exempel på en *symmetrisk* interaktion, parternas handlingar och tankar är jämbördiga och *makten* jämnt fördelad. Detta visar på vikten av att alla parter känner att de har lika mycket inflytande, att de får sina röster hörda och vi ser att de får *reaktioner* på den *information* som ges samt *feedback* på sina uttalanden (Nelsen, 1980; Payne, 2008). En bra samverkan bygger också på att alla parter, med sina skilda *roller*, som innefattar olika beteenden samt förväntningar skall accepteras av de andra (Payne, 2008). En fungerande samverkan tror vi leder till att patienten får en stabilare tillvaro och att de inte insjuknar i sin psykossjukdom i lika stor omfattning. I och med detta tror vi att deras livskvalitet kan höjas samt chanserna för en trygg och lugn återhämtningsprocess ökas.

6.2. Dålig samverkan

Vid en dåligt fungerade samverkan saknas många av de faktorer som nämns ovan vid en god samverkan. Råder en dålig samverkan kan konflikter lätt uppstå, exempelvis på grund av tidsbegränsningar. För att lösa dessa konflikter är det viktigt att konfrontera varandra vilket är något som många inte vågar eller som de anser tar upp för mycket tid (Lennéer Axelson & Thylefors, 2004).

Intervjupersonerna menar att en hög arbetsbelastning är en faktor som kan leda till tidsmässiga hinder som bland annat gör att man inte hinner fokusera på patient- och anhörigarbetet, kommunikationen med sina samarbetspartners eller reda ut missförstånd eller oklarheter i tidiga skeden. Detta tror vi i förlängningen kan leda till att problem lätt eskalerar och blir mer svårhanterliga.

Psykiatrihandläggarna uppger att de många gånger väljer att inte konfrontera psykiatrin utan att de istället, som en person uttryckte sig, "håller masken". Många gånger säger de att de känner att det inte är lönt att behöva upprepa sitt ansvarsområde eftersom psykiatrin ändå ofta klampar över på deras områden och vill vara med och ta beslut som de inte ansvarar för. Detta i sin tur tror vi kan medföra att socialtjänstens erfarenheter av att samarbeta med psykiatrin försämrats, då man känner att man varken får respekt eller tillit. Detta finner vi intressant då psykiatrihandläggarna inte har några liknande anmärkningar på psykiatrins ansvarsområde. De verkar vara mer införstådda i och respektera att psykiatrin har hand om exempelvis de mer medicinska delarna. Dessutom nämner kuratorerna aldrig någonting om att de anser att psykiatrihandläggarna klampar över på deras område.

En av rollteorins representanter, Goffman, menar att människor behöver ha information om varandra i alla sorters *sociala samspel* och att man påverkar hur andra uppfattar en genom denna information. Detta skapar olika förväntningar på den givna *rollen* och dess sociala status (Goffman, 1968). I ovanstående fall tror vi att psykiatrin har förväntningar på psykiatrihandläggarnas agerande och en övertro på vad de faktiskt kan ge för olika typer av insatser och hur lätt dessa kan genomföras. Denna förväntan är inte alltid realistisk i relation till psykiatrihandläggarnas faktiska *roll*, och därmed krockar deras synsätt och ovan nämnda konflikter kan uppstå. Dessa förväntningar som psykiatrin har på psykiatrihandläggarna är något som man enligt kommunikationsteorin hade kunnat förstå som en *icke-verbal kommunikation* (Payne, 2008). Tyst och undermedvetet försöker psykiatrin kanske föra över sina önskningar kring patienten på socialtjänsten? Detta kan socialtjänsten tolka på olika sätt, och vi tror att det i många fall tas som något negativt, att de fräntas makt och förväntas åstadkomma saker som de varken vill eller kan.

6.3. Kommunikation och roller

Intervjupersonerna anser att en viktig faktor för en bra samverkan är återkoppling där samarbetspartnern i fråga exempelvis uppdaterar den andra parten om patientens situation. Olika typer av kommunikation är därmed viktiga förutsättningar för att få en samverkan att fungera och intervjupersonerna nämner bland annat att det är viktigt att de får respons på sina uttalanden från den andra parten, något som man inom kommunikationsteorin kallar för *feedback* (Nelsen, 1980). Hur samtalspartnern på olika sätt tolkar eller förstår uttalanden påverkar och styr samtalets gång. Om deltagarna delar samma intersubjektiva förståelse för

saker och ting och har ett gemensamt perspektiv ser man oftast saker på samma sätt och tolkar uttalandena så som den som sa det menade dem (Norrby, 2004). Härmed anser vi att det blir betydelsefullt att personalen inom psykiatri och socialtjänstens åsikter är desamma och att de kan komma fram till gemensamma mål.

Intervjupersonerna framhåller betydelsen av relationerna till varandra vid kommunikationen och att samverkan är personbunden. Använder vi oss här av kommunikationsteorin ser vi att i all kommunikation finns ett *inhåll*. I detta sammanhang blir även teorins begrepp *metakommunikation* relevant då denna kan påverka eller ändra *inhållets* karaktär beroende på hur relationen ser ut (Nelsen, 1980). Vi menar att den kontakt man således har skapat med sin samarbetspartner lägger grunden för hur man kommunicerar och därmed hur samarbetet fungerar. De som arbetat länge tillsammans kan därmed förstå varandra bättre och lättare komma överens. Den höga personalomsättning som idag råder inom socialtjänsten och psykiatri och som intervjupersonerna påtalat tror viförsvårar ett uppbyggande av långvariga och hållbara relationer. Vi analyserar även detta utifrån den höga personalomsättningen som vi tänker påverkar *dehandlingsregler* som finns inom verksamheterna och som styr hur arbetet ska utföras. En följd av detta blir enligt oss att dessa *regler* ständigt behöver internaliseras i ny personal vilket är en tidskrävande process som kan medföra konsekvenser, exempelvis i form av bristfällig *kunskap* (Payne, 2008).

Vi har uppmärksammat att intervjupersonernas tankar, åsikter och uppfattningar kring exempelvis patientens behov är olika. Detta analyserar vi utifrån kommunikationsteorins begrepp *sektiv perception* där vi menar att man som professionell väljer att se det som man anser är viktigt/mindre viktigt (Nelsen, 1980). Vi har sett en stor skillnad i utgångspunkterna kring patienternas behov och resurser mellan socialtjänsten och psykiatri där kuratorerna från psykiatri anser att målgruppen är i stort behov av en omhändertagande attityd medan psykiatrihandläggarna från socialtjänsten snarare pekar på gruppens resurser och menar att självbestämmande och frivillighet är de viktigaste grundstenarna. Vi tror att dessa två helt olika synsätt på målgruppen gör att samverkan många gånger kan bli problematisk, då man inte har samma grund och målsättning. Detta kan ta sig konkret uttryck i att psykiatri ofta förespråkar gemensamt boende för patienterna snarare än eget boende som socialtjänsten oftast föreslår och beviljar. Konsekvenserna av exempelvis krav på eget boende kan enligt intervjupersonerna bli att patienterna i fråga insjuknar i sin psykossjukdom och blir mer ineliggande på sjukhus då pressen på självständighet kan bli för stor.

En viktig faktor i en kommunikation grundar sig även i kompetens och detta kan enligt oss analyseras utifrån att man bör ha en språkgemenskap och gemensamma termer för att kunna förstå *information* och situationer på liknande sätt (Hymes, 1972). Kuratorerna menar att socialtjänsten ofta har för lite *kunskap* kring målgruppen, sjukdomen och dess symptom. Detta tror vi kan leda till att man inte förstår varandra och att missförstånd och dålig samverkan kan uppstå då man inte talar samma språk eller har samma förståelse. Detta beskriver intervjupersonerna som något som händer vid en dålig samverkan och som leder till att man känner att man inte får gehör för sina åsikter. Detta kan vi analysera utifrån kommunikationsteorin då de sänder ett *budskap* till en *mottagare* och förväntade

sig en *reaktion* (Payne, 2008). I detta fall fick de inte den *reaktion* som förväntades, och i denna situation tror vi att missförstånd kan uppstå då man tror att lyssnaren inte har lyssnat eller förstått det man velat förmedla. Vi tror att en följd av detta blir att irritation lätt uppstår och att arbetsklimatet försämras. När man samtalar vill man att samtalet ska flyta på och om någon avbryter, exempelvis inte svarar på frågor man får, så kan man lätt uppfattas som samarbetsovillig. Samtal i professionella sammanhang bygger mycket på att ha målen man eftersträvar i åtanke och att försöka förmedla sitt *budskap* till den andre parten. För att kunna nå målen behöver kommunikationen bygga på samarbete snarare än konkurrens och respekt och hänsyn snarare än konfrontation (Norrby, 2004). Vi ser att det kan uppstå en konkurrens mellan vilket synsätt kring patienterna som ska vara rådande och att detta tar onödig energi som istället bör läggas på det faktiska arbetet med patienterna. Syftet bör vara att arbeta med varandra istället för mot varandra.

Intervjupersonerna har även tagit upp olikheter i synsätt, arbetssätt, professioner och förståelse bland den egna personalen och mellan de olika verksamheterna. Om vi analyserar detta utifrån olika *kommunikationsmönster* kan vi se att ojämlikheter uppstår då det finns olika typer av relationer. Dessa kan vara *symmetriska och komplementära* och påverkar kommunikationens utformning vilket vi har kunnat urskilja i vår empiri. Vi har kunnat se att *symmetriska* relationer återfinns mellan kuratorerna inom psykiatrin och mellan psykiatrihandläggarna inom socialtjänsten. Här är relationerna jämbördiga och makten och handlingsutrymmet är relativt lika. *Komplementära* relationer återfinns vi däremot när yrkeskategorierna möter andra yrkeskategorier, exempelvis under vårdplaneringar där en psykiatrihandläggare möter en läkare inom psykiatrin. Under dessa möten har läkaren med sin *kunskap* och expertis på det medicinska området ett visst övertag. Ofta kan läkarna i fråga även gå över gränserna och försöka bestämma vad socialtjänsten bör ge för insatser. Relationen blir härmed ojämlik och detta kan leda till att psykiatrihandläggarna känner sig underlägsna psykiatrin. Utifrån Bourdieus teori kan man här se att det råder olika dominansförhållanden i de professionellas olika relationer inom *fälten*. Vi ser här att läkaren i fråga med sin *kunskap* och överordnade *roll* blir den som innehar mest *makt* i relationen. Trots att psykiatrihandläggarna är de som har mest kompetens i sitt eget *fält* blir de inte respekterade på samma sätt som läkarna (Payne, 2008).

Kommunikativa situationer handlar om dynamiska processer som inte är statiska utan ständigt föränderliga (Hymes, 1972). En kommunikation förändras alltså ständigt beroende på vilka samarbetsparterna är, kontexten de befinner sig i, parternas uttalanden och *mottagarens* upplevelse av uttalandet. Yttrandena är även beroende av kontexten de framkommer i (Norrby, 2004). Psykiatrihandläggarna upplever att det råder stora skillnader i samverkan beroende på om det är slutenvård eller öppenvård inom psykiatrin som man samarbetar med. Inom öppenvården upplever psykiatrihandläggarna att det är lättare att få gehör och respekt, medan det inom slutenvården ofta förekommer situationer som vi beskrivit ovan kring vårdplaneringen med läkaren. Vi anser att det vid konflikter krävs en god kommunikationsförmåga, uppmärksamhet för andras *reaktioner*, reflektion över sig själv som person samt att byggandet av relationer är betydelsefullt.

Vilken *roll* man besitter avspeglar hur man agerar och tänker i olika situationer. Vi ser att personalen innehar en professionell *roll* vilket innebär att vissa ansvarsområden tillkommer där de förväntas agera på bestämda sätt. Detta analyserar vi utifrån Goffmans rollteori som beskriver interaktionen mellan människor som innehar olika *positioner* på olika *scener* (Payne, 2008). Rollbeskrivningar på arbetsplatsen kan leda till trygghet i relationerna, men också en stelhet eftersom rollkonflikter kan grunda sig i att man har motstridiga förväntningar på en persons *roll* (Lennéer Axelson och Thylefors, 2004). Vi anser således att en förutsättning för god samverkan är att alla parter respekterar varandras *roller* och varandras ansvarsområden. Detta är något som alla intervjupersoner talar om och detta tror vi kan vara ett uttryck för att gränserna mellan verksamheternas ansvarsområden i många fall behöver tydliggöras. I och med förändringar och reformer som skedde under 90-talet (SOU, 1992:73; Conse et al, 2012) funderar vi på ifall de kommunala organisationernas bristfälliga rutiner, exempelvis kring hur samverkan skulle fungera mellan kommun och landsting, fortfarande påverkar samarbetsparternas ansvarsområden och tillkommande *roller*. Är dessa rutiner fortfarande otydliga och saknas fortfarande tillräckligt tydliga direktiv för personalen?

Om vi analyserar utifrån rollteorin kan vi se att alla har olika förhållningssätt (*roller*) i konflikter. I dessa förhållningssätt blir det viktigt att värna både sina egna och andras intressen. I snarlika situationer kan människor agera på snarlika sätt då de har skapat sig individuella konfliktmönster och därav en personlig stil (Rubin, 1986). Samtliga intervjupersoner nämner att deras olika samarbetspartners agerar olika i olika situationer och att samverkan är högst personbunden. Precis som många av intervjupersonerna framhåller anser vi utifrån bland annat detta att det hade varit behjälpligt med långt många fler samverkansmöten där man arbetar konkret med sitt samarbete för att skapa goda relationer till varandra. För att detta ska få någon effekt anser vi att det borde avsättas mer tid och utrymme för detta än vad som idag sker från en högre nivå.

Intervjupersonerna talar om att det händer att patienterna i fråga hamnar mellan stolarna när verksamheterna inte är överens om målen, hur de ska uppnås och patientens behov. De menar att när samverkan är problematisk påverkar det patienterna negativt, vilket kan leda till att de insjuknar ännu mer i sin psykosjukdom samt att de inte får den hjälp och det stöd som de är i behov av. Vi kan analysera detta med hjälp av empowermentteorin som belyser vikten av *hjälp till självhjälp*. Denna process är något som vi tror blir svårt för patienterna att överhuvudtaget kunna påbörja om de inte får den hjälp och det stöd som behövs. Empowermentteorin förespråkar att alla människor ska ha makt över sitt eget liv där man själv ska kunna ta beslut kring sin situation och sitt varande (*egenkontroll*), och man ska få respekt och acceptans från andra människor. Vi anser att denna patientgrupp är stigmatiserad i samhället och det råder stor okunskap kring dess problematik och sjukdom. Detta stigma tror vi kan utgöra hinder för individerna som samhället aktivt kan behöva arbeta mot för att individerna ska få tillbaka makten över sina egna liv. Ser vi detta utifrån en annan vinkel utifrån empowermentteorin kan vi även se att det är viktigt att individerna har *delaktighet* i sitt liv samt beslut gällande det och inte förringas till tysta hjälpmottagare. Vi anser att dessa individers röster sällan blir hörda på samma sätt som andras och de får den respekt som andra får och därmed är det viktigt att de

som arbetar med denna målgrupp måste vara noga med att företräda målgruppens intressen. Vi anser att en viktig del i deras arbetsuppgifter blir att föra deras talan och försöka få dem att se sig själva som subjektiva individer med samma rättigheter som alla andra. Detta är något som man inom empowermentteorin kallar för *advocacy* (Payne, 2008). Vi anser att det finns en stor komplexitet i detta då man som professionell måste balansera mellan att företräda patienterna men samtidigt låta dem själva ha *makt* och vara styrande över sina egna liv. Om vi använder kommunikationsteorin för att analysera detta kan vi se en interaktion mellan den professionella och patienten som en *komplementär interaktion* där parternas tankar och handlingar komplementerar varandra och maktfördelningen är i obalans. Vi anser att den professionella i detta läge blir den som har mer *makt* och är styrande då den exempelvis kan bevilja insatser. Patienten enligt oss behöver å andra sidan inte vara helt maktlös då denna kan styra och påverka relationens utformning beroende på hur den väljer att reagera på maktutövningen. Detta kallas för en *metakomplementär relation* enligt kommunikationsteorin (Norrby, 2004).

6.4. Relationer och konflikter

Burton (1990) menar att konfliktlösning handlar om att man ska hitta en permanent lösning på ett problem, men även ett resultat som syftar till att alla inblandade ska få sina behov tillgodosedda. Konflikthantering handlar mycket om ett förebyggande arbete då många av de motsättningar som kan uppstå aldrig hade manifesterats om det hade funnits en förståelse för konfliktens orsaker och en god kommunikation mellan de inblandade. Vi ser utifrån vår empiri att empati, lyhördhet och tillit är viktiga faktorer för att man ska kunna förstå den andra parternas behov och tankesätt och bygga en bra relation. Detta minskar försvarställningen som annars motparten kan inta och ökar istället samarbetsviljan (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 1982 & 2004; Bell, 1987). Intervjupersonerna nämner en del saker som man kan se som förebyggande arbete för att undvika konflikter. Dessa är bland annat gemensamma mål, att alla ska få rätt att uttrycka sina åsikter trots att alla kanske inte håller med och man ska kunna känna sig hörd och respekterad och inte kritiserad. Vidare förespråkas som ovan nämnt även ett långvarigt samarbete och trygghet i relationerna och kunskap kring varandras ansvarsområden. Konflikter tror vi tar fokus och energi från vad som faktiskt är samarbetets syfte, att hjälpa patienterna, och man blir upptagen av att anmärka och finna brister hos varandra istället för att se möjligheterna man tillsammans kan skapa.

Mellanmänskliga konflikter bygger mycket på att man upplever att andra står i vägen för en. Vi tror att en svårighet som kan föreligga i detta fall är att den ena parten är beroende av den andres bistånd för att kunna förverkliga sina önskningar och mål. Ofta strider man för sina egna intressen som symboliserar behov, önskningar, ambitioner och mål. Konflikter som bottnar i behov blir intensivare än exempelvis sådana som bottnar i önskningar, eftersom behov kan vara avgörande för någons överlevnad, medan önskningar är något man kanske gärna vill förverkliga men ändå kan klara sig utan (Lennéer Axelsson & Thylefors, 2004). Vi anser att det är viktigt att man som professionell faktiskt bibehåller sin roll och inte går in i sina ärenden på ett allt för personligt plan. Gör man detta tror vi att man riskerar att tappa sina sunda värderingar eller blanda in sina egna känslor och i det långa loppet kan man därmed missbedöma patienten och dennes verkliga

behov. Vi ser att det är en balansgång att gå mellan sina egna intressen och faktiskt se till individens intressen.

Vi tror att för att ett gott samarbete ska kunna uppstå och för att man ska kunna förhindra konflikter behöver man ha mogen och yrkeskunnig personal samt en organisation med tydliga mål. Systemkonflikter uppkommer då det råder en otydlighet kring organisationens utformning av syfte, mål, roller, struktur och resurser. Mellanmänskliga konflikter handlar om att parterna har olika åsikter, värderingar samt personkemi (Lennéer Axelson & Thylefors, 2004). Psykiatrihandläggarna anser att riktlinjerna ovanifrån ibland är otydliga och att detta skapar begränsningar då man inte kan ta hjälp av dessa för att klargöra hur en samverkan bör se ut. Vi tror att detta sätter psykiatrihandläggare i en svår situation då de befinner sig i en dragkamp mellan organisationens intressen och patienternas behov.

Man har, som vi tidigare nämnt, olika stil och handlingsmönster i bland annat konfliktsituationer. Om man har en hög omsorg om sina egna och andras behov har man en samarbetandestil som innebär att man försöker hitta lösningar istället för att anklaga eller försöka fly från ansvar och problem. Vi tror att i många konfliktsituationer är det viktigt att man har byggt upp en bra relation för att kunna undvika stora konflikter. Vi tror även att i dessa situationer är viktigt att kunna bemöta konflikterna på ett effektivt sätt genom att vara medveten om varandras stil (Lennéer Axelson & Thylefors, 2004). Intervjupersonerna skildrar denna problematik genom att påpeka att i vissa patientärenden, framförallt de mer komplexa fallen, händer det ofta att ens samarbetspartner i fråga kan lägga över ett stort ansvar på en istället för att själv ta ansvar för sin del. På detta sätt tror vi att man överför en stor arbetsbörda på den andra parten, och en följd av detta tror vi blir att det blir svårare att skapa goda och starka relationer.

De flesta arbetsplatser har rådande värderingar, metoder, mål, roller, strukturer, inbyggd lojalitet och konflikter är ofta anslutna till dessa. Mellan vissa människor skapas det lättare konflikter och man kan ha svårare att samarbeta beroende på bland annat personkemi (Lennéer Axelson & Thylefors, 2004). För att relationer ska fungera måste man respektera varandra och varandras integritet och inte tala illa om eller ignorera varandra (Argyle & Henderson, 1985). Allt detta är faktorer som återfinns i intervjupersonernas berättelser.

6.5. Kunskap

När man utför en handling eller aktivitet finns det ibland *kunskap* bakom som man inte är medveten om. Denna *kunskap* har bland annat lärts in i praxis, exempelvis genom att man har imiterat andra och sedan repeterat det själv (Bernler & Johnsson, 2001). Intervjupersonerna påpekar problematiken som uppstår när det råder hög personalomsättning och ny personal utan *kunskap* och erfarenhet ersätter mer erfaren personal. Detta gör att mycket tid och kraft behöver läggas på att lära upp den nya personalen om exempelvis målgruppen och dess sjukdom, verksamheten och samarbetsparterna. Ovanstående analyserar vi utifrån Bourdieus maktteori där vi kan se att denna problematik även inrymmer regler och riktlinjer som verksamheterna bygger på, och dessa kan man se som verksamhetens *doxa*. (Järvinen, 2002). Vi tror att personalomsättningen som råder

även gör att långvariga och personbundna relationer, som är en av nycklarna till att skapa god samverkan, inte får möjlighet att utvecklas.

Kunskap kan innebära flera olika resurser. Framförallt identifieras *kunskap* med färdighet, men även som information. För att förtydliga detta kan man se det som att för att kunna få användning för resurserna måste man vara medveten om vilka resurser som finns samt hur de ska användas för att uppnå mål som ska gynna patienten (Bernler & Johnsson, 2001). Ens förhandlings- och kommunikationsförmåga förbättras ju mer *kunskap* och personlig mognad man besitter (Selman et al, 1986). Vi har sett att intervjupersonerna talar om fördelarna med att arbeta inom *fältet* under en längre tid. Dessa fördelar är exempelvis att man får goda *kunskaper* och erfarenheter. Detta tror vi i sin tur leder till att man har större chans att kunna påverka och få igenom sina tankar, åsikter eller beslut bland både kollegor, samarbetspartners och chefer. Detta tror vi även är faktorer som påverkar huruvida man trivs på sin arbetsplats.

Det råder olika maktpositioner mellan olika professioner och verksamheter och därmed är det viktigt att man som professionell har stor kompetens och professionalitet i det interprofessionella samarbetet. Ofta är det så att enstaka professionella har mer betydelse för samarbetet än andra. Professionella har olika vilja, förmåga och erfarenhet av att samarbeta. Vi tror att man vid ett bra samarbete som professionell bör kunna hantera sitt och organisationens uppdrag, men samtidigt kunna bemöta samarbetspartners, anhörigas och patienters önskemål (Blomqvist, 2012). Som Foucault menar, ser vi här att *kunskap* och erfarenhet blir en källa till makt (Payne, 2008). Vi tror att om en anställd uppfyller ovanstående färdigheter ökar chanserna för att uppnå ett gott samarbete med andra.

Foucault talar om *professionalisering* och den makt som detta medför. Detta innebär att den *kunskap* som professionella har skall fungera som hjälp vid patientärenden. Men vi tror att denna *kunskap* även kan leda till en obalans i maktrelationerna mellan professionell och patient då patienten många gånger kan befinna sig i en *beroendeställning* (Payne, 2008). Vi tror att en följd av detta blir att målgruppen i fråga hamnar i en ännu mer utsatt situation eftersom deras sjukdom och dess följder (exempelvis kognitiva nedsättningar) försvårar deras möjligheter att bland annat kunna ifrågasätta beslut som professionella tar.

6.6. Lagar, ramar och riktlinjer

Förändringsarbeten (exempelvis omorganisationer) sker enligt Nergård (1987) i olika handlingsrum, eller, enligt Bourdieu, *fält*, (exempelvis socialtjänst eller psykiatri). Dessa begränsas av samhälleliga strukturer såsom *lagar, ramar och regler* och villkor som är kopplade till dessa (Järvinen, 2002). Dessa villkoren tror vi kan utgöra begränsningar och svårigheter för professionella, exempelvis kring bedömningar gällande vilken insats en patient bör få, men även kring föreställningar om hur någonting bör se ut. Vi ser att man vid bedömningar av beslut sitter i kläm mellan patientens intressen och de resurser organisationen har (exempelvis tid och pengar). Detta är något som Hasenfeld diskuterar i sina teorier kring människobehandlande organisationer. En del av gränserna i handlingsrummen kan man tänja på och möjligheterna kan utnyttjas maximalt, medan andra är mer begränsande och man måste hålla sig inom *ramarna*. När

man har olika åsikter tror vi härmed att intressekonflikter kan uppstå, och en följd av detta kan bli att man ibland måste tänja på eller ifrågasätta *regler* och handlingsgränser som finns. Kan man inte göra detta tror vi att den enda lösningen som kvarstår kan behöva bli att överskrida dem. Socialtjänsten som verksamhet består av mycket byråkratiska *regler* och en stark administrativ styrning (Bernler & Johnsson, 2001). Detta i sin tur tror vi många gånger begränsar handlingsutrymmet i hög grad.

Handlingsutrymme handlar om det utrymme som finns för personalen i fråga att kunna agera inom sin organisations gränser och *ramar* som *lagar, regler och riktlinjer*. Hur man som professionell arbetar inom detta handlingsutrymme beror mycket på yrkesgruppens etik, organisationens tillhörighet samt den professionelles *kunskap* och förmåga att kunna använda handlingsutrymmet (Evans & Harris, 2004). Vi tror att för att kunna använda sitt handlingsutrymme på bästa sätt, oavsett omfattning, måste man ha förmåga att kunna diagnostisera, prioritera, bedöma, diskutera, fatta beslut samt ge förslag till eller genomföra åtgärder i olika patientärenden (Svensson et al, 2008).

För att skapa en ideal samverkan, som faktiskt krävs för att tillgodose patienternas intressen, tror vi att man i många fall måste överträda *lagar, ramar och riktlinjer*. Vi tror att detta behövs främst från socialtjänstens sida, och detta är även något som samtliga intervjupersoner talar om. Detta är något som vi anser borde diskuteras på en högre politisk nivå och som vi anser att de professionella i sin tjänstemannaroll inte alltid kan påverka själva. *Lagarna, ramarna och riktlinjerna* skapar skillnader mellan yrkesgrupperna inom psykiatrin och inom socialtjänsten. Vi tror att ovanstående kan ligga till grund för konflikter då kuratorerna upplever att socialtjänsten inte gör tillräckligt mycket (något som dock skiljer sig åt mellan olika psykiatrihandläggare). Samtliga kuratorer menar att de psykiatrihandläggare som kan kringgå en del *lagar, ramar och riktlinjer* är de som samverkan fungerar bäst med. Detta anser vi är intressant då de i praktiken måste kringgå det som är satt som verksamhetens mål och grund för hur man ska arbeta. Eller kan det vara så att psykiatrin har för få *lagar, ramar och riktlinjer* att förhålla sig till och att det är detta som gör att det blir svårt att samverka? Dock ser vi att organisationernas uppbyggnad är olika och har olika förutsättningar i form av exempelvis olika *kunskap* och *lagar* att förhålla sig till, vilket vi tror är det som ligger till grund för problematiken.

Lipsky (2010) menar att organisationen och de professionella själva kan begränsa sitt handlingsutrymme, och att rutiner inom verksamheten kan utgöra hinder. Vi anser att det är viktigt att man i sitt handlingsutrymme ska kunna hantera situationer där man inte har någon möjlighet att ge den enskilde det den behöver. En följd av ovanstående tror vi blir att man som professionell hamnar mellan organisationen och patientens intressen. Detta blir problematiskt då man är beroende av en god relation med båda dessa parter och även till andra samarbetspartners. I och med detta anser vi att de professionella i sitt handlingsutrymme, tillsammans med kollegor, måste utveckla praxis och olika handlingsstrategier till hur de ska förhålla sig till de olika *ramarna och riktlinjerna*. Även statens krav på kostnadseffektivitet påverkar de professionellas handlingsutrymme då exempelvis resurserna begränsas utifrån detta (Lipsky, 2010). En organisations tillhörighet, uppdrag och *lagar* påverkar målgruppen,

eventuella insatser som beviljas, hur arbetsuppgifterna ser ut och hur samarbetsklimatet blir i förhållande till andra (Blomqvist, 2012). Psykiatrihandläggarna beskriver problematiken med att försöka bibehålla samt skapa en god kontakt med patienterna i fråga då verksamhetens *ramar* med mera många gånger kan göra att insatser som patienten önskar sig inte beviljas eller måste avslås. Använder vi oss av Bourdieus maktteori ser vi härmed att man som professionell befinner sig mellan klienten och myndighetens intressen. Man kan se det som att verksamheter har olika regler, förhållningssätt och *ramar (doxa)* som kan skapa begränsningar (Järvinen, 2002). Vi har spekulerat kring om ovanstående faktorer kan vara en av anledningarna till att psykospatienter, som vi har tidigare erfarenhet av att arbeta med, har svårt för socialtjänsten och kan uppleva dem som att de inte bryr sig och att de är väldigt hårda?

Hasenfeld (2010a; 2010b) menar att eftersom man arbetar med människor är det svårt att ha en specifik metod att arbeta utifrån. Vi anser att alla människors har olika behov och professionella måste kunna tolka problem hos patienterna på olika sätt. Inom människobehandlande organisationer råder olika teoretiska förståelseramar för att förstå problem och det finns en mängd arbetsmetoder att välja mellan (Hasenfeld, 2010a; Hasenfeld, 2010b). Många forskare talar om att arbetet inom denna typ av organisationer många gånger är mångfacetterat och oförutsägbart och därmed räcker inte instruktioner och manualer alltid till (Huber & Shipan, 2002). Vi har utifrån våra resultat sett två olika utgångspunkter där psykiatrins synsätt bygger mer på omhändertagande och socialtjänsten på självbestämmande och delaktighet. Detta i sin tur tror vi gör att de kan uppfatta patienternas behov olika, då de har olika förståelseramar, och därav blir deras åsikter om vilka insatser som behövs samt sättet man arbetar på olika.

6.7. Makt och handlingsutrymme

Man har, tar eller får *makt* i relationer. Resursmakt innebär att den ena parten har större resurser än den andra, och att maktfördelningen därmed blir ojäm. Det kan exempelvis handla om att man har en ekonomisk överlägsenhet eller att man är skickligare på sitt arbete (Payne, 2008). Detta resonemang kan vi relatera till intervjupersonernas berättelser om relationen mellan psykiatrihandläggarna och läkarna, framförallt från slutenvården, vid vårdplaneringar där beslut tas angående insatser, stöd och hjälp för en patient som är färdigbehandlad och ska skrivas ut från sjukhuset. Vi anser att vid dessa tillfällen råder det en tydlig *asymmetri* i relationen där psykiatrihandläggarna är underlägsna läkarna (Järvinen, 2002). Under dessa möten händer det ofta att läkarna i fråga bestämmer vad patienten behöver för insatser från socialtjänsten utan att låta psykiatrihandläggarna själva ta detta beslut. Vi tror att sådana situationer leder till att socialtjänstens erfarenheter av samverkan med psykiatri påverkas negativt. Kan det vara så att läkarnas status påverkar hur de väljer att agera och att de tror sig besitta mer *kunskap* än andra yrkeskategorier? Bourdieu talar om normer och värderingar som skapas av den överlägsna parten och som kommer att accepteras av den underlägsna (Järvinen, 2002). Vi tror att detta kan vara en del av det som sker i dessa situationer, att dessa normer integreras undermedvetet hos den underlägsna parten. Vi tror att dessa situationer/processer ständigt kommer att fortlöpa om de inte uppmärksammas mer och görs något åt dem.

Kunskapsmakt innebär att man har *kunskap* om saker och ting som man försöker att få andra att acceptera genom ens representationer av verkligheten och kunskapssyn. Olika professioner har olika kontrollfunktioner (*professionalisering*) och en del har mer makt än andra då de besitter en specifik *kunskap* (*legitimitetsmakt*). Många professionella försöker att använda sina möjligheter att utöva makten så mycket de bara kan, medan andra använder makten när alla andra möjligheter är uttömda (Payne, 2008, Bernler & Johnsson, 2001). Samtliga intervjupersoner påpekar det ansträngda ekonomiska läget inom kommunen som en begränsande faktor för vilka insatser, stöd och hjälp man kan erbjuda patienterna. Detta begränsar i sin tur handlingsutrymmet för personalen och vi tror att en effekt av detta kan bli att en känsla av hopplöshet kan uppstå kring vad man faktiskt kan åstadkomma för patienten.

När olika typer av organisationer ska samverka leder det enligt Lennéer Axelson och Thylefors (2004) alltid till konflikter eftersom specialiseringen och maktfördelningen skiljer sig åt. Vi tror att man som professionell måste kunna hantera motsättningar och hitta fungerande relationer där problemlösning, gemensamt ansvar och kommunikation är det viktigaste. Vid konflikter tror vi att man kan använda sig av kriterier, *lagar* och förordningar för att avgöra vem som har rätt och fel (Lennéer Axelson & Thylefors, 2004). Detta anser vi, utifrån resultaten, att psykiatrihandläggarna ofta gör då de hänvisar och styrker sina uttalanden med praxis. Detta i sin tur tror vi skapar en känsla av hopplöshet och irritation från psykiatrins sida, då patientärendena ofta stannar upp och det blir svårt att hjälpa patienten på det sätt man önskar. Psykiatrihandläggarna och kuratorerna har som ovan nämnt olika syn på målgruppen och dess behov. Psykiatrin har en mer omhändertagande *roll* och socialtjänsten fokuserar mer på självbestämmande och delaktighet. Vi använder oss här av Bourdieus maktteori för att försöka förstå förhållandet mellan psykiatrin och socialtjänsten som således representerar två olika *fält* med sina egna strukturer, regler och förhållningssätt som bildar olika *doxa* (Järvinen, 2008). Vi tror att detta i sin tur skapar olika maktsystem inom *fälten* och att verksamheterna arbetar på olika sätt och har olika förståelseramar kring målgruppen. I och med detta kan samverkan många gånger bli problematisk då man försöker väva samman dessa två helt olika *fält*.

Vi tror att för att en verksamhet och samverkan ska fungera måste anställda förstå dess mål. Ofta är målen som finns inom den offentliga sektorns ramlagar tolkningsbara då de ska kunna anpassas till olika situationer och fall. Detta tror vi, i enlighet med empirin, kräver flexibilitet hos de anställda. Målen är det styrande inom verksamheten och enligt intervjupersonerna har chefer på alla nivåer under de senaste åren försökt att förtydliga dessa. Vi tror att det är viktigt för anställda att kunna pendla mellan det övergripande målet och den konkreta handlingen. För att klara detta tror vi att det är viktigt med en bra arbetsledning, och framförallt behöver mindre kunniga yrkesutövare hjälp av dem med mer erfarenhet. I alla patientärenden ser vi att det finns olika mål, och att det lätt kan uppstå motstridigheter då det finns olika metoder för att förverkliga målens syfte. Härmed blir samverkan kring ett mål inte alltid harmonisk. Mål, delmål och metoder behöver följaktligen enligt oss alltid ifrågasättas och diskuteras. Vi tror att tydliga mål kan föra samman två parter trots att de har två helt olika utgångspunkter. Därav spelar verksamheternas struktur en viktig roll när det kommer till ordning, system, uppbyggnad och *regler*. Alla inom en profession

behöver både struktur och frihet (Lennéer Axelson &Thylefors, 2004). Kuratorerna påpekar brister i ledarskapet inom socialtjänsten och att psykiatrihandläggarna har mist mycket av sitt ansvar. De har inte längre delegation på många beslut utan måste föra ärendena vidare till sina chefer. Detta är något som vi tror begränsar psykiatrihandläggarnas handlingsutrymme samt gör dem inkapabla att många gånger exempelvis besvara vissa frågor och ta egna beslut vid diverse möten där psykiatri är inblandade. Vi tror även att psykiatrihandläggarna kan få en känsla av maktlöshet vid dessa möten där de förväntas komma med svar och beslut som de inte förmår. En följd av detta tror vi även kan bli att personalen från socialtjänsten faktiskt inte tycker att det är lika givande och viktigt att delta vid dessa möten. Detta ser vi påverkar samverkan negativt och kan leda till förödande konsekvenser för patienterna.

För sjukvården är det viktigt att ha en struktur som bland annat kan ta emot oro och ångest, medan myndighetsutövare behöver ha mer fokus på rättssäkerhet, objektivitet och likabehandling. Vi anser att det negativa med myndighetsutövning är att byråkratin kan göra att tjänstemännen underordnar sig *reglerna* och systemet alldeles för mycket. Vi funderar kring ifall man inte många gånger hade kunnat spara både energi och ekonomi om man satsade på att motverka den existerande organisationens brister istället för att göra omorganisationer så fort problem uppstår, som istället för med sig nya nackdelar och problem. Vid omorganisationer uppstår lätt konflikter kring arbetsuppgifterna, oro över tidsbrist samt nya mål, och allt detta kräver mycket energi (Lennéer Axelson &Thylefors, 2004). Sammanslagningarna av stadsdelarna inom Göteborgs stad tas upp i intervjupersonernas berättelser. De talar om problematiken som uppstår vid dessa radikala omorganiseringar och att detta kan leda till att det blir rörigt. Vi tror att detta leder till att fokus för personalens arbetsuppgifter förloras och struktur och tydlighet kring arbetet och målen saknas, vilket i förlängningen leder till att samverkan försämras. Frågan vi ställer oss är ifall det verkligen var motiverat med en såpass omfattande omorganisering? Hade det varit mer konstruktivt att arbeta utifrån de tidigare förutsättningarna och istället aktivt arbeta med att förbättra de brister som då fanns? Ingen av intervjupersonerna tar upp omorganiseringarna som något positivt eller fördelarna med dem. Tyder detta på att det är oklart hos tjänstemän vad omorganiseringen faktiskt innebär och hur man ska uppnå det den syftar till?

Vi ser att det finns mångakonflikter på tjänstemannanivån. Kan det eventuellt vara så att missnöjet som faktiskt råder på denna nivå undviks att behandlas från den högre chefsnivån? Att man undviker, eller inte vågar se, det problematiska och kontroversiella som anställda faktiskt upplever och behöver handskas med och att cheferna istället försöker lägga uppmärksamheten på de trevliga kaffestunderna och införskaffande av nya kaffeapparater. Vi tror att man många gånger skjuter de verkliga problemen på framtiden och undviker att göra något åt de anställdas konkreta arbetssituation.

7. Avslutande diskussion

I Sverige är välfärdsorganisationerna uppdelade på så sätt att socialtjänsten har hand om sociala problem och psykiatrin har hand om psykiska problem. Vi funderar på om denna uppdelning, och de otydliga gränsdragningar kring bland annat ansvarsområden som härmed kan uppstå, kan vara en bidragande orsak till att det ibland blir svårt att uppnå en god samverkan? Med grund i vår studie och utifrån resultatet av vår första frågeställning och med hjälp av våra teorier ser vi att en del av förutsättningarna för en god samverkan bygger på goda relationer som har arbetats upp över tid där man lätt kan ta kontakt med varandra, *återkoppla* och bolla patientärenden, ha kontinuerliga möten och visa förståelse och ha respekt för varandras professioner och ansvarsområden (*fält*). Vi anser att de olika organisationerna måste vara tydliga med vad de kan bidra med i samarbetet och hur långt deras insatser sträcker sig. Vi anser att psykiatrin och socialtjänsten överlag behöver få en bättre förståelse kring varandras organisationer och att båda samarbetsparterna bör bli mer införstådda i varandras roller, arbetssätt, verksamheternas struktur med mera. Med en större förståelse och kunskap kring detta menar vi att de professionella skulle kunna bygga och få starkare relationer dem emellan som sedermera skulle kunna leda till bättre och mer långsiktiga lösningar för patienterna. Ytterligare en positiv effekt av detta, anser vi med grund i vår studie, hade varit att patienterna i fråga hade fått ett större förtroende till organisationerna, och då främst till socialtjänsten som vi som författare utifrån våra tidigare arbetslivserfarenheter upplever att målgruppen idag ofta saknar tillit till. Detta är enligt oss en stor problematik och komplex fråga då socialtjänstens insatser har en avgörande och omfattande roll och inverkan på denna målgrupps liv. Vi anser att om organisationerna hade varit mer införstådda i varandras verksamheter och arbetssätt hade målgruppen kunnat slippa exempelvis känna en osäkerhet över ifall socialtjänsten är medveten om vad psykiatrin gör och vice versa. En av huvudpoängerna som vi ser som framträdande i studien, är att problematiken med att många patienter hamnar mellan stolarna säkerligen hade kunnat förebyggas och förminskas om verksamheterna hade gått i samma linje och förespråkat mer liknande insatser.

Utifrån resultaten av vår andra frågeställning och med hjälp av våra teorier ser vi att dålig samverkan är när *kommunikationen* är bristfällig och att det är svårt att få kontakt med varandra och få till möten. Vidare finns det vid dålig samverkan brist på tid, intresse och förståelse och kunskap för varandra och patienterna, man intar försvarsställning gentemot varandra och trampar över på varandras ansvarsområden. I vår studie ser vi att psykiatrihandläggarna anser att psykiatrin har en tendens att "klampa över" på deras område, exempelvis under vårdplaneringar, då psykiatrin lägger sig i och i förväg bestämmer vilka insatser socialtjänsten bör bevilja. Detta finner vi intressant då psykiatrihandläggarna inte har några liknande anmärkningar på psykiatrins ansvarsområde. De verkar vara mer införstådda och respektera att psykiatrin har *kunskaper* kring de mer medicinska delarna. Dessutom nämner kuratorerna aldrig någonting om att de anser att psykiatrihandläggarna klampar över på deras område. En av våra huvudpoänger utifrån vår studie är att psykiatrihandläggarna har mer respekt för psykiatrins profession och arbetssätt än vad psykiatrin har för socialtjänsten. Vi anser att psykiatrin är det dominerande *fältet* och socialtjänsten det underordnade. Anledningen till detta enligt oss är att psykiatrin är ett medicinskt fält som är stort

och etablerat och har en central och viktig ställning i samhället som sällan ifrågasätts bland annat på grund av dess vetenskapliga grund, medan socialtjänsten inte har en lika stor tyngd. Ytterligare en av våra huvudpoänger är att en faktor till att socialtjänsten hamnar i den underlägsna positionen är att socialtjänsten sitter närmre politikerna än vad psykiatrin och det medicinska fältet gör. I och med detta blir socialtjänstens område begränsat och deras handlingsutrymme minskas då den påverkas och styrs av politiska beslut. Detta i sin tur påverkar psykiatrihandläggarnas handlingsutrymme och genomsyrar hela verksamheten.

Utifrån resultaten av vår tredje frågeställning och med hjälp av våra teorier ser vi att faktorer inom verksamheterna som både påverkar och styr samverkan bland annat är handlingsutrymmet som i hög grad påverkas av *lagar, ramar och riktlinjer*. Verksamhetens ledning, ekonomi- och resursbrist, hög personalomsättning och stor arbetsbelastning är vidare faktorer som påverkar och styr samverkan inom verksamheterna. I vår undersökning har vi tydligt märkt att det inom psykiatrin inte råder lika hög personalomsättning, stora omorganiseringar, samma stress och oklarheter kring arbetsuppgifterna som inom socialtjänsten. Vi ser även att handlingsutrymmet för psykiatrihandläggarna är betydligt mer begränsat än vad det är för kuratorerna inom psykiatrin. Vi har funderat på om det möjligen är så att socialtjänsten skulle vinna på att försöka ta efter psykiatrins arbetssätt och metoder och efterlikna deras styrning för att råda bot på nuvarande, mer instabila, situation? Trots det faktum att både psykiatrihandläggarna och kuratorerna har samma utbildning, arbetar mot samma målgrupp och enligt de själva har liknande värderingar ser vi att sättet de arbetar med målgruppen skiljer sig väldigt mycket åt. Vi tänker att mycket av problematiken kan återfinnas i verksamheternas utformning, och att detta kan härröras till uppdelningen mellan landsting och kommun som skedde redan under psykiatrireformen på 1990-talet. Denna reform ledde till omfattande förändringar som vi anser förde med sig en del problem. Exempelvis kunde riktlinjer saknas eller vara bristfälliga kring hur exempelvis samverkan skulle fungera, och detta är något som intervjupersonerna från socialtjänsten idag fortfarande talar om som ett problem. I och med reformen som ägde rum skulle organisationerna specialisera sig mot olika ansvarsområden, bland annat skulle socialtjänsten fokusera mer på sociala problem och psykiatrin mer på hälsan. I och med denna uppdelning som idag finns skiljer sig de professionellas handlingsutrymme åt på de olika fält som verksamheterna utgör.

Vi tänker att de professionellas handlingsutrymme kan diskuteras i relation till de professionellas motivation i sitt arbete. Utifrån resultaten av vår studie och med hjälp av våra teorier kan vi se att kuratorerna anser sig ha stort *handlingsutrymme och makt* att påverka samt styra diverse beslut och arbetsuppgifter. Denna motivation anser vi speglas i deras yrkesglädje, stabiliteten på arbetsplatsen (exempelvis låg personalomsättning) och den goda arbetsmiljön. Socialtjänsten anser sig dock, utifrån våra resultat, vara mer reglerade i sitt handlingsutrymme då de har fler lagar, ramar och riktlinjer att förhålla sig till. Utifrån våra resultat anser vi att detta beror på att socialtjänsten bedriver myndighetsutövning vilket leder till att de många gånger arbetar mer fyrkantigt. Ytterligare faktorer som påverkar samverkan i detta sammanhang är att psykiatrihandläggarna inte längre har delegation på en mängd beslut som de tidigare haft vilket ytterligare begränsar

deras handlingsutrymme. Detta ser vi tar sig uttryck i en sänkt motivationsgrad hos psykiatrihandläggarna, både när det gäller patientarbetet och samverkan överlag. Utifrån resultaten av vår studie ser vi att bland annat detta kan vara orsak till den höga personalomsättning som idag råder inom socialtjänsten, och att detta i sin tur skapar brister i deras arbetssituation. En av våra huvudpoänger är att detta behöver uppmärksammas och åtgärdas, främst från en politisk nivå för att få en god effekt och för att ge psykiatrihandläggarna en bättre möjlighet att kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt.

Utifrån resultaten upplever vi att kuratorerna står mer enade i sina svar, uppfattningar och berättelser medan psykiatrihandläggarna är mer splittrade. Kuratorerna är överens kring hur de anser att samverkan bör se ut, hur den faktiskt ser ut och deras bild av målgruppen och dess behov är likartad, medan psykiatrihandläggarna däremot har mer olika synsätt och resonemang och tankar kring ovanstående. Kuratorerna har goda kunskaper och insikter i visionerna och målen och vägen man behöver gå för att nå dit, medan det från psykiatrihandläggarnas sida råder en större ovisshet kring riktlinjer, samverkansdirektiv samt hur man ska följa dessa för att nå sina mål. Vi anser att detta tyder på att det finns tydligare riktlinjer inom psykiatrin, och att man borde förbättra dessa inom socialtjänsten. Hur vi än vrider och vänder på det så ser vi tydliga skillnader mellan de två verksamheterna och de fält som de utgör. Vi ser även utifrån vår studie att kuratorerna och psykiatrin har ett maktövertag i relation till både socialtjänsten och patienterna. Detta maktövertag påverkar i sin tur deras handlingsutrymme, som kan beskrivas med begreppet *doxa*, och som vi ser är friare för kuratorerna vilket medför att de har större *makt* och möjlighet att kunna påverka diverse situationer och beslut.

Vi ser utifrån resultaten av vår andra frågeställning och med hjälp av våra teorier att hög personalomsättning som leder till en rörig arbetsmiljö där mycket tid och energi behöver läggas för kunskapsöverföring till ny personal, är faktorer som påverkar samverkan negativt. Detta i sin tur skapar irritation och frustration inom verksamheterna, och det enligt oss mest centrala och olyckliga blir när detta leder till att patienterna hamnar mellan stolarna. Utifrån svaren intervjupersonerna har gett kring vilken människosyn de har, har vi uppmärksammat att alla uppger en liknande syn, där de talar om lika värde oavsett kön, etnicitet och humanistisk människosyn. Däremot ser vi att det råder stora skillnader i deras syn på målgruppen psykospatienter och att de har olika utgångspunkter kring vad de anser att gruppen kräver för insatser, vad de har för behov och hur dessa bäst bör tillgodoses. Vi ser tydligt att kuratorerna har en mer omhändertagande *roll* medan psykiatrihandläggarna förespråkar delaktighet och självbestämmande i relation till patienterna. Detta medför exempelvis att psykiatrin ofta förespråkar gemensamma boenden för patienterna medan socialtjänsten förespråkar eget boende och istället sätta in fler insatser i hemmamiljön i första hand. En olycklig följd av detta är att det kan medföra konsekvenser som att patienterna oftare insjuknar i sin psykossjukdom (förlorar sin *egenkontroll*) och blir mer inneliggande på sjukhus eftersom socialtjänstens krav på självständighet blir för överväldigande och sätter för mycket press. Vi menar att man i dessa situationer förlorar det centrala i sammanhanget, att patienten ska vara i fokus, och istället fokuserar på kampen om vems synsätt som ska vara det dominerande. Utifrån resultatet av vår studie är en av våra huvudpoänger att om båda organisationerna haft samma utgångspunkt

kring målgruppen hade kanske ovanstående kunnat avhjälpas, insatser som beviljas hade kunnat bli mer långsiktiga och kraftfulla då båda parter vore mer överens. Vi tror även att detta hade kunnat leda till en trygghet och stabilitet för patienten. Både kuratorerna och psykiatrihandläggarna beskriver denna problematik, men trots detta anser vi att ingen av verksamheterna verkar ha en plan på att göra någonting konkret åt det eller finna några alternativa lösningar. I och med att psykiatrihandläggarna och kuratorerna som ovan nämnt har samma utbildning och grund funderar vi på ifall det kan vara så att grundproblematiken ligger på en högre nivå och att förändringarna behöver komma uppifrån för att något ska ändras. Utifrån resultaten av vår första frågeställning finner vi att vikten av de personliga relationerna, gemensamma mål, kunskapsutbyte och informationsöverföring, att fritt få tala och få gehör (sända ett *budskap* till en *mottagare*), engagemang, ödmjukhet och flexibilitet är något som genomsyrar berättelserna om god samverkan. Vi anser härmed att chefer bör arbeta aktivt med och satsa på samverkan där de professionella får tid till ovanstående och därav till att bygga relationer.

Under årens lopp har man försökt att förändra och förbättra livsvillkoren för individer med psykiska funktionshinder genom diverse reformer och dylikt. Utifrån vår studie ser vi dock att målgruppen psykospatienter fortfarande är stigmatiserade och en svag grupp i samhället vars röst behöver höras och uppmärksammas. Vi anser att kunskapen behöver förbättras, inte bara bland allmänheten, utan även bland professionella som arbetar med denna grupp. Professionella bör även arbeta mycket med att stärka denna grupp i samhället genom att öka deras självständighet, *delaktighet* och autonomi som bland annat är en viktig del i patienternas återhämtningsprocess. Denna målgrupp behöver och skall få samma möjligheter och tillskrivas samma värde i samhället som alla andra individer, och detta är enligt oss något som samtliga i samhället aktivt behöver arbeta för.

8. Referenser

8.1. Böcker, avhandlingar och rapporter

Andernaes, Agnes (2000): *Generalisering: om ringvirkningero g gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse*. I H. Haavind (red.): *Kön och tolkning*. Stockholm: Natur och kultur

Argyle, Michael & Henderson, Monika (1985): *The anatomy of relationships*. London: Penguin Books

Bell, Robert (1987): *Social involvement*. I McCroskey, J & Daly, J (red): *Personality and interpersonal communication*. Newbury Park, CA: Sage

Berggren, Bengt (1982): *Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens om makt och ansvar*, i *Psykatri i omvandling - Psykiatriska kliniken i Ängelholm*. SPRI-rapport 107/1982, SPRI:s publikationstjänst

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur

Blomqvist, Camilla (2012): *Samarbete med förhinder - om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet

Bolin, Anette (2011): *Shifting Subordination - Co-located interprofessional collaboration between teachers and social workers*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet

Bryman, Alan (2012): *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber

Burton, John Wear (1990): *Conflict: Resolution and prevention*. London: MacMillan

Clevesköld, Lars & Thunved, Anders (2009): *Sekretess: handbok för socialtjänsten*. Norstedts Juridik AB

Conse, Johan; Lundin, Lennart; Magnusson, Birgitta (2012): "Samhällets insatser" i Lundin, Lennart & Mellgren, Zophia (red): *Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund: Studentlitteratur AB

Danermark, Berth (2004): *Samverkan - en fråga om makt*. Finland: WS Bookwell

Danermark, Berth (2000): *Samverkan - himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm: Förlagshuset Gothia

Danermark, Berth & Kullberg, Christian (1999): *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur

- Engelstad, Fredrik (2006): *Vad är makt?* Stockholm: Natur och Kultur
- Foucault, Michel (1972): *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon
- Fridolf, Marie (2001): *Samarbete. En arbetsform för de särskilt utsatta?*Rapport 2001-123-33, Stockholm: Socialstyrelsen
- Goffman, Erving (1968): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin
- Grape, Ove (2001): *Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform*. Avhandling vid Sociologiskainstitutionen, UmeåUniversitet
- Hasenfeld, Yeheskel (2010a): "The attributes of Human service organizations" iHasenfeld, Y (red.)*Human Services as Complex Organizations*.2. ed.Los Angeles: Sage Publications, Inc
- Hasenfeld, Yeheskel (2010b): "Introduction" iHasenfeld, Y (red.) *Human Services as Complex Organizations*. 2. ed. Los Angeles: Sage Publications, Inc
- Hjortsjö, Maria (2005): *Med samarbete i sikte. Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Avhandling i socialt arbete, Lunds Universitet
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1991): *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Huber, John D & Shipan, Charles R (2002): *Deliberate Discretion? The institutional Foundation of Bureaucrate Autonomy*.Cambridge: Cambridge University Press
- Huxham, Chris & Vangen, Siv (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantages*.London: Routledge
- Hymes, Dell Hathaway (1972): "On Communicative Competence" i Pride, J. B. & Holmes, J. (red.) *Sociolinguistics: Selected Readings*. Harmondsworth.
- Järvinen, Margaretha (2002): "Hjälpens universum - ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system" i Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur
- Klarnas, Maria (2010): *Av egen kraft tillsammans med andra. Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet
- Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

- Lacey, Penny (2000): *Multidisciplinary work challenges and possibilities*. I H. Daniels (Ed.), *Special education re-formed. Beyond rhetoric?* London: Falmer Press
- Lennéer-Axelson, Barbro och Thylefors, Ingela (1982): *Psykosocialt behandlingsarbete*. Stockholm: Natur och Kultur
- Lennéer Axelson, Barbro och Thylefors, Ingela (2004): *Om konflikter - Hemma och på jobbet*. Stockholm: Natur och Kultur
- Levinsson, Henrik (2008): *Autonomy and Metacognition - A Healthcare Perspective*. Avhandling för doktorsexamen, Lunds Universitet, 2008
- Lindquist, Anna-Lena & Gärdegård, Anna (2009): *Samordnad vårdplanering för psykiskt funktionshindrade [Elektronisk resurs] : Ett utvecklingsprojekt mellan socialtjänst och psykiatri på Södermalm*. Tillgänglig på Internet: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:310682/FULLTEXT01>
- Lipsky, Michael (2010): *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation
- Lundin, Lennart & Mellgren, Zophia (2012): "Orsaker till psykiska funktionsnedsättningar" i Lundin, Lennart & Mellgren, Zophia (red): *Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Lundin, Lennart & Möller, Nina (2012): "Kognitiva funktionsstörningar" i Lundin, Lennart & Mellgren, Zophia (red): *Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Mallander, Ove (1998): *"Samverkan" - vardagsbegrepp i socialt arbete*. V Devall & T Jacobsen (red) Stockholm: Norstedtsjuridik
- Nelsen, Judith C (1980): *Communication Theory and Social Work Practice*. Chicago: University of Chicago Press
- Nergård, Jens-Ivar (1987): *Socialpraktik - en socialfilosofisk utmaning*. Göteborg: Röda Bokförlaget
- Norrby, Catrin (2004): *Samtalsanalys - Så gör vi när vi pratar med varandra*. Lund: Studentlitteratur
- Padgett, Deborah Kay (1998): *Qualitative Methods in Social Work Research*. Thousand Oaks: Sage
- Payne, Malcolm (2008): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

Pettersson, Ulla (2009): *Samverkan i barnavårdsärenden Centrum för samverkan i Flemingsberg - en utvärdering av de första tre åren*. Rapportserie Utveckling, Stockholm: Socialstyrelsen

Rosenberg, David (2009): *Psychiatric disability in the community: Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era*. Avhandling för doktorsexamen, Umeå Universitet, 2009

Rubin, Lillian B. (1986): *Nära främlingar*. Stockholm: Natur och Kultur

Svensson, Kerstin; Johnsson, Eva; Laanemets, Leili (2008): *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Topor, Alain (2001): *Managing the Contradictions - Recovery from Severe Mental Disorders*. Avhandling för doktorsexamen, Stockholms Universitet, 2001

Topor, Alain & Sundström, Klas (2007): *Återhämtning - en introduktion: återhämtning. Vad är det? Hur är den möjlig?* 1. uppl. Årsta: FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
Tillgänglig på Internet: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
Socialstyrelsen

Wiig, Pål (2010). *En studie i deltagande och kunskapande: jag ser dig och vet att du kan!*. Kalvsund: Solidaritet

8.2. Offentliga utredningar

Samverkansavtal (2007): *Samverkansavtal: Mellan stadsdelsförvaltningarna Centrum, Linnéstaden, Majorna och Psykiatri Sahlgrenska rörande samverkan kring personer med psykiskt funktionshinder/psykisk sjukdom och som är i behov av stöd/insatser från ovanstående huvudmän*
Tillgänglig på internet:
http://www.vgregion.se/upload/SU/omrade_sahlgrenska/psykiatri/KCS/Samverkansprojekt/Utredning-samverkansavtal/avtal1218b.doc?epslanguage=sv

SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget

SOU 2001:56. *Funktionshinder och välfärd. Betänkande av Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Socialstyrelsen (1998): *Utvärdering av psykiatrireformen. Årsrapport 1998:4* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (1999): *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2003): *Handikappomsorg 2002 Lägesrapport.* Uppsala: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2010): *Alltjämt olikt! - Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättningar.* www.socialstyrelsen.se, Juni 2010

Socialstyrelsen (2013): SOSFS 2005:27, *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.* <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27/>

8.3. Tidskrifter

Adolfsson, Camilla (2010): *Nya stadsdelsorganisationen träder i kraft efter nyår*, i Vårt Göteborg, Göteborgs stads nyhetstidning
Tillgänglig på internet:
http://www.vartgoteborg.se/prod/sk/vargotnu.nsf/1/ovrigt,nya_stadsdelsorganisationen_trader_i_kraft_efter_nyar?OpenDocument

Davidson, Larry; Stayner, David A.; Nickou, Connie; Styron, Thomas H.; Rowe, Michael; Chinman, Matthew L. (2001): *Simply to be let in: Inclusion as a basis for recovery*, i Psychiatric Rehabilitation Journal, 24, sid 375-388

Evans, Tony & Harris, John (2004): *Street-level bureaucracy, Social work and the (Exaggerated) death of discretion*, i British Journal of Social Work, 34, (6), sid 871-895

Farmakopoulou, Nadia (2002): *What lies underneath? An inter-organizational analysis of collaboration between education and social work*, i British Journal of Social Work, 32, sid 1051-1066

Homan, Roger (1992): *The ethics of open methods*, i British Journal of Sociology, 43, (3), sid 321-332

Miller, Chris & Ahmad, Yusuf (2000): *Collaboration and partnership: an effective response to complexity and fragmentation or a solution built on sand?* International Journal of Sociology and Social Policy, 20, sid 1-38.

Ridgway, Priscilla (2001): *Re-storying Psychiatric Disability: Learning From First Person Narratives*, i Psychiatric Rehabilitation Journal, 24, (4), sid 335-343

Roe, David & Chopra, Miriam (2003): *Beyond coping with mental illness: toward personal growth*, i American Journal of Orthopsychiatry, 73, (3), sid 334-344.

Selman, Robert; Beardslee, William; Schultz, Lynn; Krupa, Michael; Podorefsky, Donna (1986): *Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models*, i Developmental Psychology, 22, sid 450-459

Spaniol, LeRoy; Wewiorsky, Nancy; Gagne, Cheryl; Anthony, William (2002): *The process of recovery from schizophrenia*, i International Review of Psychiatry, 14, sid 327-336

Westrin, Claes-Göran (1986): *Social och medicinsk samverkan - begrepp och betingelser*, i Socialmedicinsk tidskrift nr 7 - 8, sid 280-285

Ödegård, Atle&Strype, Jon (2009): *Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway*, i Journal of Interprofessional Care, Maj, 23, (3): sid 286-296

9. Bilagor

9.1. Informationsbrev till socialtjänsten



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studie kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri

Vi heter Diana och Isabella och är två socionomstudenter som nu under hösten 2013 skriver vår kandidatuppsats i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet. Studien är av kvalitativ art och kommer att bygga på intervjuer. Vi är intresserade av att intervjua just dig som har erfarenhet av samverkan med psykiatri där målgruppen är psykospatienter. Intervjuerna beräknas ta högst en timme och kommer att spelas in ifall du godkänner detta. Detta görs för att underlätta för oss vid behandling samt analys av materialet. Du väljer själv var intervjun ska hållas och inga direkta förberedelser krävs av dig inför intervjun. Däremot skulle vi uppskatta ifall du funderat lite kring fall där du anser att samverkan fungerat bra kontra mindre bra i ditt yrkesutövande. Vi kommer nedan kort beskriva och belysa vad studien handlar om.

Samverkan mellan kommun och landsting är i dagens samhälle ofta problematisk. Socialtjänsten utgår ifrån och är styrda av ramar och regler medan psykiatriens handlingsutrymme inte är lika begränsat och styrt. Socialtjänstens riktlinjer bygger bland annat på frivillighet och självbestämmanderätt. Detta är något som vi ser kan bli problematiskt i förhållande till målgruppen psykospatienter då dessa bland annat lider av svåra kognitiva funktionsnedsättningar som kan försvåra för dem att fatta beslut kring deras eget liv och varande.

Ett gott samarbete mellan socialtjänst och psykiatri är en förutsättning för att patienterna ska få rätt stöd, vård och hjälp. En följd av en icke fungerande samverkan kan leda till att en grupp som denna kan falla mellan stolarna vilket många gånger kan få förödande konsekvenser för individerna. De ärenden där samarbetet mellan psykiatri och kommunens verksamheter för individer med psykiska funktionshinder fungerar väl grundar sig ofta i att man skapat en stark relation med varandra och att man arbetat med målgruppen under en längre tid vilket gör att man är insatt i målgruppens problematik.

Det finns mycket tidigare forskning kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Däremot anser vi att det finns för lite och större behov av ytterligare forskning kring samverkan dessa huvudmän emellan när det kommer till den personliga nivån. Vi vill därför undersöka hur de personliga berättelserna gestaltar och beskriver samverkan mellan dessa instanser.

Vårt syfte med studien är att undersöka hur socialtjänsten och hälso- sjukvården resonerar kring samverkan dem emellan och kring personer med psykiska

funktionshinder/psykisk sjukdom som är i behov av stöd och insatser från båda huvudmännen. Vi vill undersöka de bakomliggande faktorerna till vad som får samverkan att fungera väl kontra inte fungera väl.

Vår studie kommer att genomföras i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer. Detta innebär bland annat att information som du lämnar till oss kommer att behandlas konfidentiellt, du är med andra ord anonym och inga personuppgifter som möjliggör identifikation kommer att användas i uppsatsen. Vi vill poängtera att din medverkan är betydelsefull för vår studie samt att den är frivillig och att du när som helst kan avbryta ditt deltagande utan motivering. Du kan även ta tillbaka information som du har givit under intervjun upp till två veckor efter ditt deltagande.

Kandidatuppsatsen kommer att presenteras vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet, och du kommer själv att få möjlighet att ta del av den slutgiltiga uppsatsen.

Vid övriga frågor, vänligen kontakta nedanstående ansvariga:

Student:

Isabella Källstrand

Student:

Diana Hellmér

Handledare:

Ulla-Carin Hedin

Professor i socialt arbete vid Göteborgs Universitet

9.2. Informationsbrev till psykiatri



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studie kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri

Vi heter Diana och Isabella och är två socionomstudenter som nu under hösten 2013 skriver vår kandidatuppsats i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet. Studien är av kvalitativ art och kommer att bygga på intervjuer. Vi är intresserade av att intervjua just dig som har erfarenhet av samverkan med socialtjänsten där målgruppen är psykospatienter. Intervjuerna beräknas ta högst en timme och kommer att spelas in ifall du godkänner detta. Detta görs för att underlätta för oss vid behandling samt analys av materialet. Du väljer själv var intervjun ska hållas och inga direkta förberedelser krävs av dig inför intervjun. Däremot skulle vi uppskatta ifall du funderat lite kring fall där du anser att samverkan fungerat bra kontra mindre bra i ditt yrkesutövande. Vi kommer nedan kort beskriva och belysa vad studien handlar om.

Samverkan mellan kommun och landsting är i dagens samhälle ofta problematisk. Socialtjänsten utgår ifrån och är styrda av ramar och regler medan psykiatriens handlingsutrymme inte är lika begränsat och styrt. Socialtjänstens riktlinjer bygger bland annat på frivillighet och självbestämmanderätt. Detta är något som vi ser kan bli problematiskt i förhållande till målgruppen psykospatienter då dessa bland annat lider av svåra kognitiva funktionsnedsättningar som kan försvåra för dem att fatta beslut kring deras eget liv och varande.

Ett gott samarbete mellan socialtjänst och psykiatri är en förutsättning för att patienterna ska få rätt stöd, vård och hjälp. En följd av en icke fungerande samverkan kan leda till att en grupp som denna kan falla mellan stolarna vilket många gånger kan få förödande konsekvenser för individerna. De ärenden där samarbetet mellan psykiatri och kommunens verksamheter för individer med psykiska funktionshinder fungerar väl grundar sig ofta i att man skapat en stark relation med varandra och att man arbetat med målgruppen under en längre tid vilket gör att man är insatt i målgruppens problematik.

Det finns mycket tidigare forskning kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Däremot anser vi att det finns för lite och större behov av ytterligare forskning kring samverkan dessa huvudmän emellan när det kommer till den personliga nivån. Vi vill därför undersöka hur de personliga berättelserna gestaltar och beskriver samverkan mellan dessa instanser.

Vårt syfte med studien är att undersöka hur socialtjänsten och hälso- sjukvården resonerar kring samverkan dem emellan och kring personer med psykiska funktionshinder/psykisk sjukdom som är i behov av stöd och insatser från båda huvudmännen. Vi vill undersöka de bakomliggande faktorerna till vad som får samverkan att fungera väl kontra inte fungera väl.

Vår studie kommer att genomföras i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer. Detta innebär bland annat att information som du lämnar till oss kommer att behandlas konfidentiellt, du är med andra ord anonym och inga personuppgifter som möjliggör identifikation kommer att användas i uppsatsen. Vi vill poängtera att din medverkan är betydelsefull för vår studie samt att den är frivillig och att du när som helst kan avbryta ditt deltagande utan motivering. Du kan även ta tillbaka information som du har givit under intervjun upp till två veckor efter ditt deltagande.

Kandidatuppsatsen kommer att presenteras vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet, och du kommer själv att få möjlighet att ta del av den slutgiltiga uppsatsen.

Vid övriga frågor, vänligen kontakta nedanstående ansvariga:

Student:

Isabella Källstrand

Student:

Diana Hellmér

Handledare:

Ulla-Carin Hedin

Professor i socialt arbete vid Göteborgs Universitet

9.3. Samtyckesblankett



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete Informerat samtycke 2013-10-14

Vårt syfte med studien är att undersöka hur socialtjänsten och psykiatrin resonerar kring samverkan dem emellan och kring personer med psykiska funktionshinder/psykisk sjukdom som är i behov av stöd och insatser från båda huvudmännen. Vi vill undersöka de bakomliggande faktorerna till vad som får samverkan att fungera väl kontra inte fungera väl.

Det finns mycket tidigare forskning kring samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Däremot anser vi att det finns för lite och större behov av ytterligare forskning kring samverkan dessa huvudmän emellan när det kommer till den personliga nivån. Vi vill därför undersöka hur de personliga berättelserna gestaltar och beskriver samverkan mellan dessa instanser.

Intervjudeltagandet är på frivillig basis. Materialet kommer att spelas in för att sedan, helt eller delvis, transkriberas. Samtycket till att delta i studien går när som helst att återkalla, och i detta fall raderar vi intervjun och använder inte materialet i vår kandidatuppsats. Det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt samt förvaras oåtkomligt för obehöriga. Du kommer att vara anonym och inga personuppgifter som möjliggör identifikation kommer att finnas med i uppsatsen. Den färdigställda uppsatsen kommer efteråt att finnas tillgänglig för alla som deltagit i studien att läsa och ta del av.

Vår handledare under uppsatsskrivandet är Ulla-Carin Hedin, professor i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet. Kursansvarig är Ronny Tikkanen vid samma institution. Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare för ytterligare information.

Härmed godkänner undertecknad samtycke till deltagande i studien. Jag har blivit informerad om att deltagandet är frivilligt samt att det när som helst går att återkalla på egen begäran.

Ort och datum (år-månad-dag)

Underskrift

-----/-----

Student:

Isabella Källstrand

Student:

Diana Hellmér

Handledare:

Ulla-Carin Hedin

Professor i socialt arbete vid Göteborgs Universitet

9.4. Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrundsinformation

- Ditt fullständiga namn?
- Hur gammal är du?
- Vad är ditt yrke?
- Hur länge har du jobbat som det på denna arbetsplatsen?
- Kan du kort beskriva dina arbetsuppgifter?
 - Vad gillar du med dina arbetsuppgifter?
 - Vad gillar du mindre med dina arbetsuppgifter
- Kan du kort beskriva varför valde du att läsa till socionom?
- Kan du kort beskriva vad som fick dig att välja just den här arbetsplatsen?
- Du har valt att läsa till socionom, och inom utbildningen talar man mycket om värderingar och människosyn. Hur skulle du beskriva din generella människosyn?

Målgruppen

- Vad tycker du om att jobba med målgruppen psykospatienter?
- Vad har du för syn på denna målgrupp?

Samverkan

- Hur fungerar samverkan med socialtjänsten/psykiatri i relation till psykospatienterna?
 - Vad fungerar bra i samverkan?
 - Vad fungerar dåligt i samverkan?
- Har du något/några exempel på fall där samverkan/samarbete fungerat bra? (Ge tid)
- Har du något/några exempel på fall där samverkan/samarbete fungerat sämre? Något exempel på konflikt eller att det skurit sig helt? (Ge tid)
- Hur tycker du att en bra eller ideal samverkan bör se ut för att patienterna ska få rätt stöd, vård och hjälp?
 - Vad tror du är de bakomliggande faktorerna vid en god samverkan?
 - Gör du något specifikt för att få samverkan att fungera?
- Hur tycker du att en dålig samverkan ser ut?
 - Vad tror du är de bakomliggande faktorerna/orsakerna till att det råder en dålig samverkan?
 - Vad anser du kan göras åt en dålig samverkan?
- Vad tror du att en dålig samverkan kan ge för konsekvenser för patienterna?
- Tror du att en dålig samverkan kan påverka din organisation/verksamhet på något sätt? Hur?

Upplevelsen av er samarbetspartner

- Hur tror du att socialtjänsten/psykiatri upplever samverkan med er?
- Vad tror du att socialtjänsten/psykiatri har för syn målgruppen?
- Vad tror du att socialtjänsten/psykiatri har för kunskap om målgruppen?
 - Upplever du att denna kunskap är tillräcklig och korrekt?
- Vad tycker du om socialtjänstens/psykiatriens sätt att arbeta med denna målgrupp?

- Tror du att ni har samma eller olika förståelse av målgruppen och deras behov?
Hur?
- Vilken socialtjänst/psykiatriavdelning upplever du att ni har bäst respektive
sämst samverkan med?
 - Hur kommer det sig? Faktorer?
 - Bäst *och* sämst

Handlingsutrymme

- Vad anser du om ditt handlingsutrymme i din yrkesroll?
 - Finns det några begränsningar? Vilka?
 - Finns det några möjligheter att påverka? Vilka?
- Hur upplever du att det fungerar att få igenom beslut, önskemål och insatser som
du anser patienten ha behov av inom just er organisation?
- Hur upplever du att det fungerar att få igenom samma saker i samverkan med
socialtjänsten/psykiatrin?
- Ifall synsätt, åsikter, mm går isär jämfört med socialtjänsten/psykiatrin, hur
upplever du att det går att föra fram och få gehör för dina tankar eller åsikter kring
patienterna och deras behov?

Avslutning

- Har du något att tillägga som du känner att vi har missat eller som du vill få
sagt?
- Har du någon fråga till oss?